



Universidade Nova de Lisboa

**Determinantes de Saúde Mental dos Imigrantes a Viverem em
Portugal**

Patrícia Marinheiro Anastácio

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Saúde e
Desenvolvimento, especialidade em Saúde e Pobreza.**

(JUNHO, 2012)



Universidade Nova de Lisboa

**Determinantes de Saúde Mental dos Imigrantes a Viverem em
Portugal**

Patrícia Marinheiro Anastácio

Enfermeira Licenciada

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Saúde e
Desenvolvimento, especialidade em Saúde e Pobreza.**

(JUNHO, 2012)

Orientadora: Professora Doutora Sónia Dias

Co-orientadora: Professora Doutora Maria do Rosário Oliveira Martins

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em memória do meu avô Patrício Fernandes Marinheiro. Uma pessoa especial que me ajudou e me ensinou muito durante toda a sua vida. Um exemplo de homem trabalhador, generoso e amigo. Um ser humano simples e alegre, que partiu deixando o meu coração cheio de boas recordações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, aos meus pais, Teresa e Alexandre, por me terem educado, aos meus avós, Maria da Graça, Irene, Patrício e Ananias, por me terem mostrado o lado mais doce da vida, aos meus irmãos, Paulo e Luciana, por me terem ensinado a partilhar, à minha segunda mãe, Maria Aparecida, pela ternura e amizade, aos meus amigos, simplesmente por eles existirem, à Nina, minha cadela, fiel amiga e companheira, por se ter privado de tantos passeios e brincadeiras, durante a elaboração desta dissertação.

Aos meus doentes, nomeadamente aos que sofrem ou sofreram algum tipo de perturbação mental e que me incentivaram a seguir o caminho da investigação, a fim de contribuir para a sua melhor inserção na sociedade.

Não poderia esquecer-me dos professores/ educadores, desde a primária até ao presente. Obrigada também aos que acreditaram em mim e me empregaram. A todos que me apoiaram, directa ou indirectamente. Um agradecimento especial à Enfermeira Ana Cristina Prata, cujo apoio foi essencial para a conclusão do 1º ano curricular do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, quando tive a oportunidade de trabalhar com pessoas especiais; Lurdes Neto, Rosa Ferreira, Teresa Rosa e Vítor Marques.

Muito obrigada também à Professora Doutora Sónia Dias e à Professora Doutora Maria do Rosário Oliveira Martins, orientadora e co-orientadora desta dissertação, à Inês Rodrigues, colaboradora do IHMT e à Sandra Azevedo, colaboradora da Divisão Académica do IHMT.

RESUMO

DETERMINANTES DE SAÚDE MENTAL DOS IMIGRANTES A VIVEREM EM PORTUGAL

Patrícia Marinheiro Anastácio

INTRODUÇÃO: O número de migrantes ao redor do mundo continua a crescer e Portugal tornou-se um país receptor de pessoas. A migração tem sido associada a uma maior vulnerabilidade à doenças e a outros problemas de saúde, incluindo as perturbações mentais. De acordo com o Projeto *Global Burden of Diseases*, apoiado pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde, as perturbações mentais são tão graves como as patologias cardiovasculares e respiratórias, devido à incapacidade que provocam. Face a esta maior vulnerabilidade a que os imigrantes estão expostos, este estudo tem como objetivo identificar a proporção de imigrantes que reportam perturbações mentais e descrever os fatores associados.

MÉTODOS: Um estudo observacional transversal foi conduzido entre outubro de 2008 e maio de 2009. O método de amostragem utilizado foi o *snowball* (bola de neve). A amostra foi constituída por 1375 imigrantes oriundos do Brasil (38%), dos países Africanos de língua oficial portuguesa (32,5%) e dos países da Europa Oriental (29,5%), residentes em Lisboa, Portugal. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, aplicado por entrevistadores treinados. O modelo da regressão logística foi utilizado para identificar os fatores associados à depressão e à ansiedade e stress. Os coeficientes estimados foram interpretados através do odd ratio e para cada um foram apresentados intervalos de confiança a 95%.

RESULTADOS: A idade média dos participantes é de 35,74 anos. Do total, 51,1% são do sexo feminino. O principal motivo para emigrar, referido por 41,5% dos indivíduos, prende-se com questões económicas, o que pode caracterizar a imigração como sendo laboral. A depressão é reportada por 13,7% dos imigrantes, percentagem que se mantém semelhante nas três comunidades, Africana (12,3%), Brasileira (14,7%) e do Leste (13,8%). Em relação ao género, a depressão é mais evidente entre as mulheres (16,5%). A presença de ansiedade e *stress* é reportada por 39,3% dos imigrantes, sendo eles 40,5% Africanos, 41,9% Brasileiros e 34,4% do Leste. Esta perturbação também é mais evidente entre as mulheres (44,8%). Para além do género, outros determinantes de saúde mental foram identificados; ocupação profissional, cansaço psicológico, solidão e ansiedade.

CONCLUSÕES: A presença de ansiedade e *stress* é mais reportada do que a depressão. Estas duas perturbações mentais estão mais presentes entre as mulheres e são estatisticamente significativas em relação à saúde mental dos imigrantes, o que causa alguma preocupação, face a maior vulnerabilidade a que eles estão expostos. O processo de migração deve ser saudável e produtivo, através da promoção e educação para a saúde. Por isso, é necessário pensar em políticas e estratégias de acção que minimizem os danos causados na sociedade e no próprio imigrante, devido à incapacidade que estas perturbações provocam e do impacto que têm na vida diária das pessoas. Para além disso, deve-se promover a investigação científica na área da saúde mental, para que se

obtenham resultados de maior qualidade, uma vez que a população em estudo é de difícil acesso.

PALAVRAS-CHAVE: determinantes, saúde mental, depressão, ansiedade, *stress*

ABSTRACT

DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH OF IMMIGRANTS LIVING IN PORTUGAL

Patrícia Marinheiro Anastácio

INTRODUCTION: The number of migrants around the world has been growing and Portugal became a receiving country. Migration has been associated to a higher vulnerability to diseases and other health problems, including mental disorders. According to the Project Global Burden of Diseases, supported by the World Bank and the World Health Organization, mental disorders are as severe as cardiovascular and respiratory pathologies, because of the disability it causes. Considering the greater vulnerability to which immigrants are exposed, the aim of this study is to identify the proportion of immigrants who report mental disorders and describe the associated factors.

METHODS: An observational cross-sectional study was conducted between October 2008 and May 2009. A snowball sampling method was used and the sample was constituted by 1375 immigrants from Brazil (38%), African Portuguese-speaking countries (32,5%) and Eastern European countries (29,5%), who resided in Lisbon, Portugal. Data were collected through a structured questionnaire applied by trained interviewers. Two stepwise logistic regressions were conducted to identify which factors were associated with depression and anxiety and stress. Both of them were estimated by calculating odds ratios and 95% confidence intervals.

RESULTS: The participants' average age is 35,74 years. Of the total, 51,1% are female. The main reason mentioned by 41.5% of individuals to emigrate is related to economic issues, which may characterize immigration as being labor. Depression is reported by 13,7% of the immigrants, a percentage that remains similar in the three communities, African (12.3%), Brazilian (14.7%) and from Eastern countries (13.8%). In relation to gender, depression is more evident among women (16.5%). The presence of anxiety and stress is reported by 39,3% of the immigrants; 40.5% African, 41.9% Brazilian and 34.4% from Eastern countries. This condition is also more evident among women (44.8%). Apart from gender, other determinants of mental health were identified; occupation, psychological fatigue, loneliness and anxiety.

CONCLUSIONS: The presence of anxiety and stress is more reported than depression. These mental disorders are more prevalent among women and are statistically significant in relation to mental health of immigrants, which causes some concern, given the greater vulnerability to which they are exposed. The migration process should be healthy and productive, through the promotion and health education. It is therefore necessary to consider policies and action strategies in order to minimize damage on society and the immigrant himself, due to the inability it causes and the impact it has in the migrants' daily lives. Furthermore, it should promote scientific research on mental health in order to obtain higher quality results, once the population being studied is difficult to reach.

KEYWORDS: determinants, mental health, depression, anxiety, stress

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1 O processo migratório	14
2.1.1 Migração em Portugal	16
2.2 A saúde mental	19
2.2.1 Perturbações de saúde mental	20
2.3 Os determinantes de saúde mental nos imigrantes	23
2.3.1 Desafios vividos pelos imigrantes	26
2.3.2 Perturbações de saúde mental nos imigrantes	28
3. MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1 Objectivos	31
3.2 Caracterização do estudo	31
3.3 População e amostra	31
3.4 Amostragem	31
3.5 Instrumento de recolha de dados	32
3.6 Procedimentos de colheita de dados	35
3.7 Análise de dados	35
3.8 Considerações éticas/legais e conflitos de interesse	36
4. RESULTADOS	37
4.1 Caracterização da amostra	37
4.1.1 Estatísticas descritivas	37
4.1.2 Caracterização do perfil sociodemográfico por comunidades	38
4.1.3 Caracterização do perfil sociodemográfico por sexo	40
4.1.4 Caracterização do perfil migratório por comunidades	42
4.1.5 Caracterização do perfil migratório por sexo	43
4.1.6 Caracterização do perfil de saúde mental por comunidades	44
4.1.7 Caracterização do perfil de saúde mental por sexo	45

4.2 Modelo de regressão logística para a presença de depressão em imigrantes a viverem em Portugal	47
4.3 Modelo de regressão logística para a presença de ansiedade e <i>stress</i> em imigrantes a viverem em Portugal	50
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1. INTRODUÇÃO

O processo migratório, um fenómeno histórico, tem acompanhado a evidente globalização (Viana, 2008). Estima-se que um em cada três imigrantes viva na Europa (IOM, 2010). Portugal tornou-se um país importador de pessoas (Carta, 2005, Carballo, Divino, Zeric, 1998), sendo as nacionalidades mais representativas o Brasil, a Ucrânia e Cabo Verde (Bento, Martins, Sousa, 2011).

Segundo a *International Organization for Migration*, o migrante documentado é aquele que entra no país legalmente e lá permanece de acordo com os seus critérios de admissão (IOM, 2011).

A migração provavelmente tornou-se um dos determinantes mais importantes da saúde global e do desenvolvimento social (Carballo, Divino, Zeric, 1998). Há muitos estudos os quais sugerem que a migração afeta a saúde mental, pois envolve mudanças de longo alcance em praticamente tudo que rodeia o indivíduo: a dieta, as relações familiares e sociais, o clima, a língua, a cultura e a posição social (Stillman, McKenzie, Gibson, 2009, Carta, 2005).

Paralelamente, o problema de saúde mental é um dos maiores problemas globais de saúde, sendo a prevalência mundial das perturbações psiquiátricas de 30% (Santos, 2006, European Commission, 2004).

Um estudo realizado em seis países europeus, incluindo Portugal, procurou comparar a prevalência das principais perturbações mentais. Os resultados obtidos em Portugal mostram que a prevalência para depressão é 24,3% e para a ansiedade é 10,6%, sendo ambas mais frequentes entre as mulheres (King et.al.,2008).

Dentre as perturbações mentais mais frequentes na população de imigrantes, destacam-se a depressão e a ansiedade (Garcia-Campayo, Carrillo, 2002).

Segundo Lechner (2007), deve-se considerar que a migração é, antes de mais, um fato político. Por consequência, para o imigrante, agente de uma condição social particular, o seu corpo traduz o sistema em que se enquadra a sua vida. Neste sentido, ele manifesta, não apenas os problemas dos imigrantes, mas também os problemas da sociedade e das suas instituições (Lechner, 2007).

Assim sendo, a melhor forma de tornar o processo migratório saudável e socialmente produtivo depende das condições do país de acolhimento, nomeadamente políticas e estratégias de saúde para os migrantes, considerando as pesquisas sobre o estado de saúde dos seus migrantes, o planeamento dos cuidados de saúde e das ações de promoção e educação da saúde (Carballo, Divino, Zeric, 1998).

Para além disso, é importante considerar que os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área da saúde. Por esta razão, em muitos países, a saúde mental tem sido uma área muito negligenciada dentro do conjunto dos serviços de saúde e o doente mental ainda hoje continua a ser vítima de vários tipos de discriminação (Ministério da Saúde, 2007).

Conhecer melhor a saúde mental dos imigrantes permitirá também proteger e promover a saúde mental dos mesmos, conforme previsto na Lei nº 36/98, a Lei da Saúde Mental (Albergaria, 2003).

A proteção e a promoção da saúde mental dos imigrantes é obtida através da sua integração crítica no meio social em que vivem, tendo em consideração o fato de a enfermidade mental ser por si só causa de desadaptação social, e da criação de ações de prevenção capazes de conter os fatores determinantes das psicopatologias (Albergaria, 2003).

A pertinência deste estudo deve-se ao fato de o conhecimento sobre a saúde mental dos migrantes ser limitada (Lindert, 2009) e muitas pesquisas realizadas com trabalhadores migrantes focarem-se nos diagnósticos de esquizofrenia e outras psicoses, enquanto estudos sobre a depressão e a ansiedade são ainda escassos e com resultados controversos (Lindert, 2009). Mais ainda, carecem estudos epidemiológicos acerca da saúde mental dos imigrantes em Espanha e Portugal (Pussetti, 2010b).

Este estudo, cuja população é composta pelos imigrantes residentes na região de Lisboa e oriundos de uma destas três comunidades: Brasileira, Africana, e de países do Leste, pretende identificar os determinantes de saúde mental dos imigrantes a viverem em Portugal, no que se refere à depressão e ansiedade auto-reportadas.

Isto porque a saúde mental de todos os migrantes é considerada uma prioridade para a Saúde Pública na medida em que as perturbações mentais estão entre as principais

causas de incapacidade, o que provoca impacto na vida diária das pessoas e da sociedade.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O processo migratório

As migrações são contemporâneas da humanidade (Viana, 2008). Desde sempre as pessoas circulam pelo planeta, impelidas pela curiosidade, pela descoberta de novos mundos, em busca de melhores oportunidades (Viana, 2008). Apesar de ser um fenómeno desde sempre presente, nunca se observou um fluxo tão considerável de pessoas como atualmente, o que configura um dos aspectos mais evidentes da globalização (Viana, 2008).

Segundo a *International Organization for Migration*, o migrante documentado é aquele que entra no país legalmente e lá permanece de acordo com os seus critérios de admissão. O migrante irregular é aquele que, devido à entrada não autorizada, violação de uma condição de entrada, ou expiração do visto, não tem *status* legal no país de trânsito ou de acolhimento. O termo irregular é preferível a ilegal porque este último denota uma conotação criminal e é visto como uma negação à condição de humanidade dos migrantes (IOM, 2011).

A IOM também refere que o migrante é aquele indivíduo que migra por fatores de atração, como os trabalhadores migrantes, ou por fatores impulsionadores, como os refugiados e requerentes de asilo (IOM 2007).

A migração pode ser classificada segundo a voluntariedade dos fluxos: migrações voluntárias ou forçadas (deportação e êxodo), e consoante o motivo invocado para a mesma: trabalho, família, saúde, estudo, etc. Nesta lógica, há uma diferença ao falarmos de imigrantes, refugiados e/ou requerentes de asilo (Viana, 2008).

Diferentes definições do termo migrante são encontradas, e variam em função dos estudos realizados. Um migrante pode ser considerado uma pessoa que trabalha legalmente ou que reside de forma permanente em um país que não o seu de origem (Mladovsky, 2009).

Citamos ainda os indivíduos irregulares ou não documentados, este último termo muito utilizado nos Estados Unidos (EUA). Muitas vezes os indivíduos entram no país legalmente, seja como turista, estudante ou portador de um visto, mas ficam para além do tempo permitido, resultando numa residência ilegal (Castañeda, 2009).

O número de migrantes ao redor do mundo mais do que duplicou desde 1975, sendo que, atualmente, a maioria deles, 56 milhões, vive na Europa. Destes, estima-se que 3 milhões estejam a viver de forma irregular (Carta, 2005). De acordo com as Nações Unidas, em 2000, 2,9% da população mundial residia num país diferente do seu país de nascimento (Fernandes, Nunan, Carvalho, 2011).

De acordo com o *World Migration Report* (IOM, 2011), estima-se que 72,6 milhões de imigrantes viviam na Europa e Ásia Central no ano de 2010, o que significava 5,1 milhões a mais em relação ao número de imigrantes a viverem nesta mesma região no ano de 2005. Um em cada três imigrantes vive na Europa, o que representa 8,7% da população europeia total.

Em 2006 havia 200 milhões de migrantes em todo o mundo. Espera-se que até 2050 este valor cresça para 230 milhões (Lindert, 2009).

Na Europa, o processo de migração em massa não é recente. O século XX foi caracterizado por três grandes períodos de migração: 1ª e 2ª Guerras Mundiais e os anos 90. Este último período marcado por migrações principalmente do leste europeu e Europa central (Carta, 2005).

Ao longo do tempo, a União Europeia (UE) emergiu como uma potência económica, o que produziu mudanças no percurso migratório (Carballo, Divino, Zeric, 1998). Os seus estados membro, como Espanha e Portugal, tornaram-se importadores, ao invés de exportadores, como acontecia no passado (Carta, 2005, Carballo, Divino, Zeric, 1998).

A imigração e a urbanização são um fenómeno importante dos tempos atuais. Todas as grandes cidades do mundo têm visto um aumento dramático da sua população e mudanças na sua composição. As cidades localizadas na Europa ocidental confrontaram-se com amplos grupos de imigrantes, os quais trouxeram mudanças fundamentais para as mesmas (Wit et.al., 2008).

As necessidades e motivações do fenómeno migratório têm sofrido alterações e estão associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconómicas e políticas. Tal fenómeno pode ser motivado por fatores ambientais (catástrofes naturais), económicos (pobreza), políticos e religiosos (conflitos) (Dias, Gonçalves, 2007).

Na maioria das vezes, as pessoas migram para melhorarem o seu bem-estar (Stillman, McKenzie, Gibson, 2009). Os imigrantes nem sempre estão a procura apenas de um trabalho imediato, mas sim de situações que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida, juntamente com melhores possibilidades para eles e seus filhos (Carta, 2005).

Diferentes teorias explicam as migrações internacionais, como por exemplo a teoria da atração e expulsão (Fernandes, Nunan, Carvalho, 2011). Neste caso, as condições económicas, sociais e políticas de um país tendem a atrair a população ou a expulsá-la. O excedente de mão-de-obra, consequente do crescimento populacional, a falta de oportunidades económicas, a desigualdade das rendas e a pobreza são considerados fatores de expulsão, enquanto a demanda por trabalho, as boas oportunidades económicas e a liberdade política são fatores de atração (Fernandes, Nunan, Carvalho, 2011).

Conforme referido por Carballo, Divino e Zeric (1998), as condições encontradas no país de acolhimento interferem com o processo de migração. Por exemplo, em 2009, a Alemanha era o país da UE com uma das leis de acesso aos cuidados de saúde mais restritivas para os migrantes irregulares, os quais só podiam ser tratados em situações de emergência, ou corriam o risco de serem imediatamente deportados. Os profissionais da área da saúde poderiam ser multados se prestassem cuidados a estes indivíduos. Mesmo assim, em Berlim há uma clínica que presta assistência a migrantes irregulares, mas poucos são os casos registados de problemas relacionados com a saúde mental (Castañeda, 2009).

Entretanto, alguns países do sul da Europa, entre eles Portugal, contam com uma diversidade de boas práticas, entre as quais destacam-se a acessibilidade aos serviços de saúde, inclusivamente dos migrantes irregulares, sendo que a Saúde Pública e o direito à saúde são valores assumidos (Padilla, Portugal, 2007).

2.1.1 Migração em Portugal

Em Portugal, os fluxos migratórios surgiram a partir dos anos 50 para o Brasil e para os Estados Unidos da América, e acentuaram-se em meados dos anos 70, como consequência do fim do regime ditatorial e dos elevados fluxos emigratórios para a Europa, que se fizeram sentir a partir dos anos 60 (Santos, 2004). Os fluxos imigratórios

neste país surgiram nos anos 80, com a independência das ex-colónias portuguesas, atingindo o seu auge a partir dos anos 90 com a imigração originária do Brasil e, posteriormente, dos países do leste da Europa (Santos, 2004).

Até ao fim da década de 90 os imigrantes eram oriundos principalmente dos países africanos e falavam o português. Desde o ano 2000, apesar do crescimento de imigrantes brasileiros, o aumento mais significativo tem sido dos países do leste europeu (Pussetti, 2010a).

Conforme os resultados provisórios do Censos 2011, Portugal continua a ser um país de imigração (INE, 2012). A população estrangeira a viver em Portugal legalmente, a 31 de Dezembro de 2011, era de 445.262 indivíduos (Bento, Martins, Sousa, 2011). Observa-se um ligeiro decréscimo do *stock* da população residente de 1.97%, face ao ano precedente (Bento, Martins, Sousa, 2011). Entretanto, estes dados apontam para um grupo importante de indivíduos que vem crescendo e que devem ser estudados pois, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em 1999 havia menos da metade de imigrantes, apenas 191.143 (SEF, 2011).

Como nacionalidades mais representativas dos imigrantes a viverem em Portugal em 2010 surgem o Brasil, Ucrânia e Cabo Verde, sem que se verifiquem alterações em termos das principais nacionalidades, face ao ano anterior (Bento, Martins, Sousa, 2011).

Os imigrantes oriundos do Brasil mantêm-se como a comunidade estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes (26,81%), mantendo a tendência de crescimento sustentado, que ocorre desde o início do século. A Ucrânia permanece como a segunda comunidade estrangeira mais representativa (49.505 - 11,12%), seguida de Cabo Verde (43.979 - 9,88%) (Bento, Martins, Sousa, 2011).

A distribuição territorial da população estrangeira evidencia uma concentração predominante na zona litoral do país, com destaque para os distritos de Lisboa (189.220), Faro (71.818) e Setúbal (47.935), coincidindo com as áreas onde se concentra parte significativa da atividade económica nacional (Bento, Martins, Sousa, 2011). A maior concentração dos imigrantes na área metropolitana de Lisboa mantém-se em evidência conforme referido por Pussetti no ano anterior (2010a).

O estabelecimento da comunidade Brasileira em Lisboa ocorre em duas fases distintas. A primeira, entre meados dos anos 80 e fins dos anos 90, e incorpora uma elevada proporção de profissionais qualificados e população não ativa (Malheiros et.al.,2007).

Na segunda fase, após 1999, os imigrantes são jovens, em sua maioria de classe média-baixa e justificam a sua migração através de razões económicas, desemprego e baixos salários. Atualmente inserem-se no mercado de trabalho em setores como a construção civil, o comércio ou as atividades domésticas; um indicador de uma imigração mais laboral, uma vez que Lisboa é o mercado de trabalho mais dinâmico e diversificado do país (Malheiros et.al.2007).

No que se refere à comunidade da Europa de Leste, após a queda da cortina de ferro, na década de 90, os cidadãos da ex-União das Republicas Socialistas Soviéticas, incluindo milhares de ucranianos, migraram para países ocidentais economicamente desenvolvidos, na procura de condições de vida mais favoráveis (Marques et.al., 2010).

O seu movimento migratório, súbito e intenso ao longo dos primeiros anos do século XXI (Marques et.al., 2010), caracteriza-se por imigrantes maioritariamente do sexo masculino, em idade ativa, e que migram para Portugal principalmente por motivos económicos. Entretanto, a maioria obtém trabalhos pouco ou nada qualificados, com posições profissionais inferiores àsquelas ocupadas no país de origem (Marques et.al., 2010).

Quanto à comunidade Africana, nomeadamente Cabo Verde, durante o último meio século, o processo migratório cabo-verdiano apresenta três fases distintas (Góis et.al., 2008). A primeira fase ocorre nos anos 60, antes da independência de Cabo Verde, quando Portugal requisita mão-de-obra na construção civil e obras públicas, para substituir os portugueses que haviam emigrado para países como a França. A segunda fase ocorre após a independência do país, nos anos 70, com o repatriamento de milhares de colonos portugueses, os quais passam a trabalhar na construção civil e obras públicas ou na administração pública portuguesa/ serviços ligados ao Estado português, conforme a sua qualificação (Góis et.al., 2008).

A terceira fase, da imigração laboral, tem início nos anos 80, e é marcada por um forte predomínio de fluxos internacionais de trabalho e por um processo de reagrupamento familiar (Góis et.al., 2008). A inserção económica dos homens ocorre na construção civil e a das mulheres nos serviços pessoais e domésticos (Góis et.al., 2008).

2.2 A saúde mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental refere-se a uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente associadas a componente do bem-estar mental incluído na sua própria definição de saúde, "Um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, e não meramente a ausência de doença", e relaciona-se com a promoção do bem-estar, a prevenção, o tratamento e a reabilitação de pessoas afetadas por transtornos mentais (WHO,2012a).

A saúde mental é considerada parte integrante da saúde geral e não deve ser encarada como uma entidade em separado. Ela reflete a interação entre a pessoa e o meio que a rodeia, e sofre influência de uma gama de fatores como género, idade, estado civil, etnicidade e nível socioeconómico (Viana, 2008). A saúde mental é considerada uma prioridade para a Saúde Pública e é crucial para o bem-estar das pessoas e das sociedades (Viana, 2008).

A área da saúde mental é a mais abrangente da saúde, pois percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, do individual ao social, não havendo nenhum outro campo de intervenção em que esta questão seja tão patente. Esta característica resulta da sua relação intrínseca com um dos determinantes fundamentais da saúde, os comportamentos, subjacentes aos estilos de vida (Santos, 2006).

O problema de saúde mental é um dos maiores problemas globais de saúde, sendo a prevalência das perturbações psiquiátricas de 30% (Santos, 2006). Estima-se que, no mundo, cerca de 450 milhões de pessoas sofram de alguma perturbação mental. Estudos também sugerem que um em cada quatro europeus sofreu ou sofrerá de alguma perturbação de saúde mental, pelo menos uma vez ao longo da sua vida (European Comission, 2004).

O projecto *Global Burden of Diseases*, suportado pelo Banco Mundial e pela OMS, teve como objetivo estabelecer uma medida que permitisse avaliar o peso efetivo de 107 patologias, considerando simultaneamente a mortalidade e a morbilidade de cada uma delas (Gusmão et.al., 2005). As patologias mentais ombreiam em gravidade com as patologias cardiovasculares e respiratórias. Em Portugal, em 1990, a depressão unipolar major já era a segunda causa de DALY (*Disability-Adjusted Life Year*). Um DALY é considerado um ano de vida perdido com saúde à custa sobretudo da incapacidade que

provoca e do impacto que tem na vida diária das pessoas. Prevê-se que em 2020 esta patologia constitua a principal causa de DALY nos países ocidentais e a segunda a nível mundial (Murray, Lopez, 1996).

Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa (Ministério da Saúde, 2007). Os custos dos problemas relacionados com a saúde mental nos estados membros da UE variam entre 3 a 4% do produto interno bruto (European Opinion Research Group, 2003).

Conforme citado pelo Ministério da Saúde de Portugal (2007), em que dez das principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas.

As perturbações depressivas e ansiosas são doenças com maior prevalência nos países mais desenvolvidos, em comparação com os chamados países do Terceiro Mundo. Isto poderá ser compreendido pelo maior *stress* a que as pessoas, principalmente as que vivem nos centros urbanos, estão sujeitas (Afonso, 2004). De acordo com Lindert (2009), a depressão e a ansiedade são a segunda causa de anos de vida perdidos entre jovens dos 15 aos 44 anos, em todo o mundo.

Um estudo realizado em seis países europeus, incluindo Portugal, procurou comparar a prevalência das principais perturbações mentais; depressão major, ansiedade e síndrome do pânico (King et.al., 2008).

As prevalências mais altas foram encontradas no Reino Unido e em Espanha, e as mais baixas na Eslovénia e na Holanda. Em Portugal, a prevalência para depressão é 24,3% e para a ansiedade é 10,6%, sendo ambas mais frequentes entre as mulheres (King et.al., 2008).

2.2.1 Perturbações de saúde mental

De acordo com a OMS, as perturbações mentais incluem uma grande variedade de problemas, com diferentes sintomas, geralmente caracterizadas por uma combinação de pensamentos anormais, emoções, comportamentos e relacionamentos com os outros. Exemplos disso são a esquizofrenia, a depressão e os transtornos associados ao uso de drogas (WHO,2012b).

A tristeza é um sentimento normal quando surge perante um certo estímulo, por exemplo, a recordação do aniversário de um familiar falecido. Ela é uma emoção desagradável desencadeada por uma situação de perda. Mesmo nestas situações, ocorre uma proporcionalidade na sua intensidade e duração. A tristeza normal pouco repercute no rendimento social, profissional e intelectual da pessoa, ou pelo menos não causa grande incapacidade (Afonso, 2004, Cordeiro, 2002).

Segundo Afonso (2004), embora o diagnóstico da depressão seja clínico, ele nem sempre é evidente. Por vezes é difícil definir os limites da normalidade e da doença. É por esse motivo que, atualmente na psiquiatria recorrem-se a critérios clínicos com uma forte componente descritiva, tal como acontece nos manuais de classificação de doenças mentais mais utilizados *International Classification of Disease (ICD 10)* e *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* (Viana, 2008, Afonso, 2004).

No indivíduo deprimido, a sua tristeza apresenta-se com uma grande intensidade, é grave, profunda, persistente e de longa duração. A depressão interfere significativamente com a vida do indivíduo em várias áreas, nomeadamente na atividade profissional, no rendimento intelectual e nas relações interpessoais, conduzindo-o a um isolamento social progressivo (Afonso, 2004). Estes indivíduos experienciam severas limitações no seu funcionamento físico e social, muito piores do que aqueles que sofrem de doenças crónicas, como hipertensão arterial, problemas coronarianos e pulmonares (Takeuchi et.al. 1998).

Os principais sintomas apresentados pelos indivíduos deprimidos são humor deprimido, perda do interesse e capacidade para sentir prazer, diminuição da energia e cansaço fácil, falta de atenção e concentração, incapacidade para tomar decisões, ideias de culpa ou de inutilidade, baixa auto-estima, ideias pessimistas quanto ao futuro, diminuição do apetite e perda de peso, alterações do sono e ideias de auto-agressão ou suicídio (Afonso, 2004).

Apontam-se um conjunto de fatores de risco para a depressão: sexo feminino, mulheres casadas, homens vivendo sozinhos, idade compreendida entre os 20 e os 40 anos, história de perdas parentais antes da adolescência, história familiar de depressão, puerpério, ausência de um confidente, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana (Cordeiro, 2002).

De acordo com Cordeiro (2002), o ICD 10 e o DSM IV classificam as experiências estressantes em três grupos: perturbação ou reação aguda ao *stress* (respostas imediatas e breves a um *stress* súbito e intenso num indivíduo sem qualquer perturbação psiquiátrica), perturbação pós-*stress* traumático (resposta prolongada e anormal a uma circunstância extremamente intensa) e perturbação da adaptação (resposta mais gradual e prolongada a alterações estressantes na vida da pessoa).

As situações de *stress* mais frequentes são as de perigo ou ameaça por um lado e as de separação ou perda por outro. Perante uma situação de perigo ou ameaça surge uma reação emocional de medo ou ansiedade e perante uma situação de separação ou perda surge uma reação emocional de depressão (Cordeiro, 2002).

De acordo com Garcia-Campayo e Carrillo (2002) nem sempre é fácil diferenciar as enfermidades psíquicas prévias daquelas produzidas pelo próprio processo migratório. Aceita-se que o *stress* esteja aumentado nos imigrantes durante os primeiros dois anos, e que posteriormente diminua até alcançar os valores iniciais (Garcia-Campayo, Carrillo, 2002).

A perturbação da adaptação expressa as reações psicológicas envolvidas na adaptação a novas circunstâncias, como por exemplo, uma mudança de país (Cordeiro, 2002).

Os sintomas presentes nos indivíduos que vivenciam experiências estressantes incluem ansiedade, preocupação, concentração diminuída, insónia, depressão, irritabilidade, sentimentos de desvalorização, anedonia, palpitações e tremor. O evitamento e a negação estão presentes, podendo surgir comportamentos histriónicos ou agressivos, comportamentos suicidários, ou ainda abuso de álcool ou tóxicos (Cordeiro, 2002).

A ansiedade é um processo complexo, caracterizado por uma sequência de eventos cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos, que são despoletados por estímulos ansiogénicos externos e/ou internos, sendo que a pessoa percebe e interpreta a situação de acordo com experiências anteriormente vivenciadas (Abreu, Tolleti, 2006). Trata-se de um estado emocional frequente, normal e útil para a sobrevivência, pois permite à pessoa estar mais alerta para os perigos. No entanto, passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia (Abreu, Tolleti, 2006).

O estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas está ainda muito presente. Um psiquiatra espanhol, Dr. Joseba Achotegui, refere que a experiência migratória está indissolivelmente ligada à emergência da patologia mental, e criou uma nova categoria diagnóstica, a Síndrome de Ulisses, ou Síndrome do *Stress* Múltiplo e Crónico Ligado à Migração (Pussetti, 2010b).

Esta síndrome é uma doença psicológica provocada pela solidão, o sentimento de fracasso, a dureza da luta diária pela sobrevivência, e o medo e a falta de confiança nas instituições (Carta, 2005, Pussetti, 2010b). Nasceu em direta relação ao endurecimento progressivo das políticas migratórias e tornou-se imediatamente uma emergência de Saúde Pública. Milhares de casos já foram diagnosticados e o Parlamento Europeu está a apoiar a investigação sobre esta doença e a possibilidade de incluí-la na próxima edição do DSM IV (Pussetti, 2010b).

2.3 Os determinantes de saúde mental nos imigrantes

Um desafio específico que as migrações têm trazido é o tema da saúde dos migrantes, o qual também tem sido menos explorado. Escasseia a informação no que se refere não só à epidemiologia como a outros aspectos relevantes da saúde dos migrantes, nomeadamente os determinantes de saúde, o estado de saúde e o acesso aos cuidados de saúde (Padilla, Portugal, 2007).

Para a OMS, os determinantes sociais de saúde são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são moldadas pela distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos, os quais são por sua vez influenciados pelas políticas locais. Estes determinantes são responsáveis pela maioria das diferenças no estado de saúde observado em cada país e entre eles (WHO, 2012c).

Algumas investigações e indicadores de saúde disponíveis parecem apontar para que os migrantes apresentem uma maior vulnerabilidade a doenças ou a outros problemas de saúde, inclusive ao nível da saúde mental (Dias, Gonçalves, 2007). Certos estudos sugerem que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a sofrer de perturbações mentais, nomeadamente depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático (Carta, 2005, Maddern, 2004, Hermansson, Timpka, Thyberg, 2002, Fox et.al., 2001).

Há muitos estudos os quais sugerem que a migração afeta a saúde mental, pois envolve mudanças de longo alcance em praticamente tudo que rodeia o indivíduo; a dieta, as relações familiares e sociais, o clima, a língua, a cultura e a posição social (Stillman, McKenzie, Gibson, 2009, Carta, 2005).

A migração provavelmente tornou-se um dos determinantes mais importantes da saúde global e do desenvolvimento social (Carballo, Divino, Zeric, 1998). Segundo alguns autores, o processo migratório constitui em si um factor de risco (Pussetti, 2010a).

O processo migratório é um processo heterogéneo, caracterizado por três fases: preparatória, de migração e pós migração, no qual nem todos os migrantes enfrentam experiências semelhantes antes ou depois da migração (Bhugra, 2004).

No contexto da migração e saúde, o impacto da imigração na saúde e os determinantes presentes em cada fase do processo migratório variam com o tipo de migração (legal/irregular, voluntária/ forçada), o ambiente global do país de origem, trânsito e acolhimento, as políticas de imigração adoptadas no país de chegada, as condições de acolhimento ou o contato mantido com o país de origem (Dias, Gonçalves, 2007).

Durante a fase inicial do processo migratório, poucos são os problemas de saúde, pois o migrante costuma ser jovem e os indivíduos jovens são os que mais facilmente migram e que estão em maior risco de desenvolverem uma doença mental, porém com maior capacidade para se adaptarem a ela (Bhugra, 2004).

De acordo com Fuertes e Laso (2006), os determinantes da saúde dos imigrantes derivam da falta de acesso a um trabalho regular, da situação irregular de residência, da habitação em zonas de risco social elevado, da dificuldade de acesso aos serviços sanitários, da baixa escolaridade, da falta de informação e dos problemas de comunicação relacionados com o idioma e com as diferenças étnico-culturais.

Outros determinantes da saúde mental dos imigrantes são citados por Grant et.al. (2004) como o risco que o indivíduo já possuía para desenvolver um distúrbio ao nível da saúde mental, os modelos de imigração, a motivação para a imigração e as condições encontradas no país de acolhimento.

Para além disso, o *stress* prolongado associado a irregularidade exacerba os riscos na saúde em conjunto com outras variáveis como acessibilidade, capacidade de pagar pelos cuidados de saúde e vontade de procurar os mesmos (Castañeda, 2009).

Estudos realizados em Espanha apresentam alguns fatores determinantes da saúde mental dos imigrantes: instabilidade profissional e económica, marginalização cultural e social, alienação da família, pressão para enviar dinheiro para a família que ficou no país de origem, discriminação racial e falta de documentação legal (Carta, 2005).

Acredita-se que os imigrantes apresentem maiores taxas de depressão e de transtornos da ansiedade do que os grupos com idênticas características sociodemográficas no seu país de origem ou no país anfitrião. A principal razão deve-se aos processos de adaptação e às dificuldades ambientais ligadas à emigração (Fuertes, Laso, 2006, Garcia-Campayo, Carrillo, 2002).

Todo aquele que migra experiencia uma perda afetiva. A depressão pode surgir desta perda. A origem da depressão muitas vezes pode estar associada a um sentimento de aprisionamento e derrota. Indivíduos que se sentem presos por um trabalho e oportunidades sociais limitadas no seu país de origem podem se tornar depressivos quando surgem novas oportunidades no país de acolhimento (Stillman, McKenzie, Gibson, 2009).

Os imigrantes voluntários escolheram essa jornada na esperança de melhorarem a sua situação económica bem como o futuro. Para eles, a migração é uma oportunidade que vale o *stress* e o sacrifício suportados (Potochnick, Perreira 2010).

Alguns autores sugerem que os indivíduos que realmente desejam imigrar podem ter um menor risco para desenvolver depressão do que aqueles que migram involuntariamente (Hovey, Maganã, 2002). De acordo com Potochnick e Perreira (2010), estes indivíduos apresentam menores taxas de sintomas ansiogénicos.

Apesar da vulnerabilidade a que os indivíduos estão expostos durante o processo migratório, o efeito da migração na saúde é contudo controverso. Algumas investigações sugerem que nem sempre os migrantes, quando comparados com as populações de acolhimento, apresentam piores indicadores de saúde (Dias, Gonçalves, 2007). Neste sentido, o fenómeno do migrante saudável aponta para o fato de alguns

imigrantes serem mais saudáveis do que as populações autóctones e do que as populações da mesma origem, que já nasceram nos países de acolhimento (Dias, Gonçalves, 2007).

Na Austrália, países da Europa Ocidental, EUA e Canadá, observou-se que vários imigrantes apresentam características de saúde similares ou até melhores, por exemplo, uma menor incidência de doenças crónicas, quando comparados com a população de acolhimento. Para além disso, os novos imigrantes tem uma melhor percepção da sua saúde e utilizam menos os serviços de saúde (Gushulak, 2007).

Segundo Grant et. al. (2004), o modelo do imigrante saudável nos EUA prediz que os estrangeiros apresentam menor risco de desenvolverem qualquer perturbação mental, quando comparados com a população nativa.

Acredita-se que o efeito do imigrante saudável é uma consequência de vários fatores de saúde e sociais (Gushulak, 2007). A maior parte dos imigrantes é oriunda de regiões menos desenvolvidas, onde há menos comportamentos que contribuem para o surgimento das doenças crónicas, como por exemplo, o sedentarismo. Para além disso, alguns países possuem um complexo processo de seleção de imigrantes, selecionando os jovens com melhor nível de educação, capazes de enfrentar mais facilmente o aparecimento de alguma doença. Há ainda países que fazem uma triagem quanto ao estado de saúde dos indivíduos que pretendem imigrar, focando-se na presença de doenças crónicas e negando a admissão àqueles que possuem doenças pré-existentes (Gushulak, 2007).

2.3.1 Desafios vividos pelos imigrantes

A imigração implica uma deslocação geográfica que consubstancia, para aquele que imigra, uma experiência biográfica de ruptura e de descontinuidade (Lechner, 2007). Esta experiência provoca um deslocamento do sentimento de si que pode concorrer para o mal-estar existencial ou mesmo para a doença (Lechner, 2007).

O confronto com as diferenças do meio ambiente físico e social, o choque de cultura e de estilos de vida, as barreiras linguísticas, as diferenças nos sistemas administrativos e legais, podem gerar problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes se

associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem (Dias, Gonçalves, 2007).

As pessoas movem-se em massa, rapidamente, e percorrem cada vez mais maiores distâncias. Mesmo sob condições ideais, o desenraizamento, o deslocamento e o reassentamento, voluntários ou não, podem representar desafios complexos, com implicações para os que migram, os que ficam para trás e os que acolhem, afetando, por exemplo, o sistema de saúde local (Carballo, Divino, Zeric, 1998).

Recordações e fantasias acerca da casa que deixou e do retorno a ela são frequentemente descritas como o ópio do migrante. Esta situação, apesar de não ser necessariamente séria, pode ser psicologicamente desgastante (Carballo, Divino, Zeric, 1998).

Um aspecto adicional acresce ao sofrimento dos imigrantes, o fato de eles serem provenientes de países outrora colonizados, e muitas vezes residentes e hospitalizados nos países que foram os colonizadores (Pussetti, 2010b).

A singularidade do processo migratório reside no fato de este ser um processo psicossocial de perda e mudança, o qual é referido na psiquiatria como processo de luto. Este processo é conhecido pela sua intensidade e duração, e explicado por um modelo composto por sete perdas causadoras de angústia: da família, dos amigos, da língua, da cultura, da pátria, da posição social e do contato com o grupo étnico e religioso (Carta, 2005, Pussetti, 2010b). É um processo parcial, que nunca desaparece totalmente, como ocorre quando há uma morte, e recorrente, uma vez que o contacto com o país de origem pode reavivar os laços (Carta, 2005).

Para além destes desafios o migrante confronta-se ainda com o processo de aculturação. Cultura pode ser genericamente definida como o estilo de vida total, socialmente adquirido, que inclui os modos pautados no pensar, sentir e atuar. Quando as culturas entram em contato fala-se de aculturação (Garcia-Campayo, Carrillo, 2002).

O processo de aculturação ocorre a nível individual e comunitário (Bhugra, 2004). Este processo é definido como um fenómeno resultante de um contato contínuo entre grupos de indivíduos de diferentes culturas, tendo como consequências mudanças nos modelos originais de cultura de um ou ambos os grupos (Bhugra, 2004).

Migrar requer construir, desconstruir e reconstruir. Entrar em contato com novas culturas propicia o conflito com o que foi aprendido e apreendido como certo. Este encontro com a diferença pode tornar-se ameaçador, dependendo da estrutura do sujeito (Viana, 2008). Entretanto, o sujeito pode também enriquecer-se, integrando o que há de mais adequado para si em cada cultura (Viana, 2008). Os níveis de aculturação vão depender do grau de exposição, da distância entre as duas culturas e da boa vontade individual para a mudança (Bhugra, 2004).

O imigrante, membro de uma cultura minoritária, deve adaptar-se à cultura majoritária do país de residência. Este processo de adaptação implica quatro alternativas básicas; integração (adapta-se a ambas as culturas), assimilação (rejeita a cultura de origem e adapta-se completamente à cultura do país anfitrião), separação (nega a cultura receptora e se mantém integralmente na cultura de origem) e marginalização (rejeita ambas as culturas) (Garcia-Campayo, Carrillo, 2002).

2.3.2 Perturbações de saúde mental nos imigrantes

O conhecimento sobre a saúde mental dos migrantes é limitado. Muitas pesquisas realizadas com trabalhadores migrantes focam-se nos diagnósticos de esquizofrenia e outras psicoses, enquanto estudos sobre a depressão e a ansiedade são ainda escassos e com resultados controversos (Lindert, 2009).

Um estudo realizado nos EUA refere que o influxo de imigrantes latino-americanos nas últimas três décadas tem transformado o perfil demográfico do país. Estima-se que em 2050, 24% da população seja de origem latina (Alegría et.al., 2007). Neste estudo, os indivíduos com uma boa ou excelente proficiência em inglês (proficiência auto-reportada) e migrantes de segunda geração do sexo masculino apresentam um maior risco de desenvolver depressão, enquanto os imigrantes de 1ª geração, com baixa proficiência em inglês, parecem estar expostos a um menor risco de desenvolverem perturbações mentais (Alegría et.al., 2007). Este risco aumentado pode ser explicado pelo fato de a proficiência em inglês funcionar como um indicador de assimilação da cultura acolhedora, a qual pode refletir características estruturais, como por exemplo, exigências encontradas no trabalho e que influenciam o estado de saúde (Alegría et.al., 2007).

Outra transformação ao perfil demográfico dos EUA relaciona-se com o aumento da população mexicana americana (Grant et.al., 2004). Mexicanos americanos estrangeiros e estrangeiros brancos não hispânicos apresentam menor risco de desenvolverem distúrbios da ansiedade, quando comparados com a população autóctone (Grant et.al., 2004). De acordo com Grant et.al. (2004), este resultado pode ser explicado através do fenómeno do migrante saudável.

Para os jovens latinos, imigrantes de 1ª geração, a viverem também nos EUA, os fatores estressores do processo migratório (migração involuntária, exposição a eventos traumáticos durante a migração e a discriminação) aumentam o risco destes jovens desenvolverem depressão e ansiedade (Potochnick, Perreira 2010).

Entre os chineses americanos a viverem em Los Angeles, EUA, 6,9% já experienciou um episódio de depressão major, normalmente associado ao *stress* social (Takeuchi et. al., 1998).

Os trabalhadores rurais migrantes também demonstram problemas ao nível da saúde mental (Hiott, et.al. 2008). Um estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, no ano de 2003, com uma amostra de 125 participantes, revelou que esta população tem uma má saúde mental. Quase metade dos participantes, 41,6%, é um caso potencial para desenvolver depressão, e 18,4% reportou níveis de ansiedade que poderiam prejudicar o seu normal funcionamento (Hiott, et.al. 2008).

Alguns fatores estressores foram identificados nesta amostra. O isolamento social teve o efeito mais forte na ansiedade, ao passo que as condições de trabalho influenciaram mais os sintomas depressivos (Hiott, et.al. 2008). Uma variável demográfica significativa foi o grau de escolaridade, quanto maior, maior o risco de desenvolver depressão (Hiott, et.al. 2008).

Um estudo de meta análise procurou rever as taxas de prevalência de depressão e ansiedade e avaliar o produto interno bruto (PIB) do país de imigração como um fator moderador da depressão e ansiedade entre migrantes (Lindert, 2009). As taxas de prevalência para a depressão e a ansiedade entre trabalhadores migrantes foram menores nos países com maior PIB. Ou seja, os fatores económicos do país de acolhimento podem ter um papel importante como determinantes da depressão ou da ansiedade entre trabalhadores migrantes (Lindert, 2009).

Em Inglaterra, as taxas de ansiedade e depressão entre estudantes estrangeiros são surpreendentemente altas, apresentando uma clara relação entre saúde mental e performance académica, ou seja, quanto maior o grau académico, maior o risco de o migrante desenvolver ansiedade e depressão (Bhugra, 2004). Neste caso, quanto maior a distância cultural associada, maior a probabilidade de o migrante apresentar estes sintomas de forma mais marcante (Bhugra, 2004).

Em Espanha, a sintomatologia mais frequente nos imigrantes com problemas de saúde mental é a tríade: insónia, fadiga e enxaqueca. A depressão é a segunda causa de consulta por parte dos migrantes irregulares. (Carta, 2005).

De acordo com os resultados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), acerca da saúde dos imigrantes em Portugal, estes revelam indicadores de saúde mais favoráveis do que os portugueses (Dias, et.al., 2008). Cerca de 6,3% da população estudada é composta por imigrantes. Relativamente à saúde mental, o sofrimento psicológico foi revelado por 23,7% dos imigrantes e por 26,2% dos portugueses. Esta situação foi mais frequente entre as mulheres (Dias, et.al., 2008).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Objectivos

O presente estudo tem como objetivo geral:

- Identificar a proporção de imigrantes que reporta perturbações de saúde mental e descrever os fatores associados.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e migratório das comunidades em estudo.
- Caracterizar o perfil de saúde mental por comunidades e por género.
- Identificar os determinantes das perturbações de saúde mental.

3.2 Caracterização do estudo

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, realizada através de um estudo observacional, transversal, realizado no período de Outubro de 2008 a Maio de 2009, na região de Lisboa.

Este estudo utiliza dados que são parte do projeto “Atitudes e representações face à saúde e doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes: em direção a serviços de saúde amigos dos imigrantes”, realizado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

3.3 População e amostra

A população é composta por imigrantes residentes na região de Lisboa e originários de uma destas três regiões: Brasil, países Africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e países da Europa de Leste.

A amostra é constituída por 1375 imigrantes, dos quais 523 (38%) pertencem à comunidade Brasileira, 447 (32,5%) à comunidade Africana e 405 (29,5%) à comunidade oriunda dos países da Europa de Leste. Do total da amostra, 51,5% são do sexo feminino.

3.4 Amostragem

Neste estudo utilizou-se um processo de amostragem não aleatório, do tipo *snowball* (bola de neve). A decisão em recorrer ao método de amostragem por *snowball* deveu-se

ao fato de que a informação disponível sobre a população imigrante em Portugal não possibilitava a construção de uma amostra representativa desta população. Além disso, esta técnica de amostragem permite aceder a alguns subgrupos da população que de outra forma seria difícil ou impossível localizar, como imigrantes irregulares (Atkinson, Flint 2001, Sadler et. al., 2010). Começa-se por selecionar um indivíduo de interesse que depois recomenda outros indivíduos, e assim por diante, aumentando a dimensão da amostra (Maroco, 2007). Este método tem sido reconhecido como sendo viável quando se procura estudar populações de difícil acesso (Atkinson, Flint 2001, Sadler et. al., 2010).

Os critérios de inclusão utilizados são não ter nascido em Portugal (imigrante de 1ª geração) ou ter nascido em Portugal e ser filho de imigrantes (imigrante de 2ª geração) e ter entre 18 e 70 anos de idade.

Neste processo estiveram envolvidas organizações governamentais e não governamentais, para além de associações de imigrantes das comunidades Brasileira, Africana e de países da Europa de Leste, as quais colaboraram com a equipa de investigação, identificando e recrutando participantes. A participação destas entidades foi fundamental para garantir o envolvimento das comunidades e permitir uma maior adesão dos imigrantes ao estudo.

O grupo inicial de indivíduos a quem se aplicou o questionário indicou posteriormente outros indivíduos das suas comunidades, recorrendo às suas redes relacionais. Este processo foi repetido sucessivamente, levando ao crescimento da amostra.

3.5 Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado na recolha de dados foi um questionário estruturado, com perguntas fechadas. O questionário abordou características sociodemográficas, características do perfil migratório e questões sobre saúde mental. Incluiu os seguintes itens e respectivas opções de resposta:

- Sexo

Feminino, masculino

- Estado civil

Casado ou em união de fato; solteiro; divorciado/ separado; viúvo; não sabe

- Escolaridade

Nenhum, não sabe ler, nem escrever; nenhum, mas sabe ler e escrever (sabe assinar); 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; secundário; curso profissional; licenciatura; mestrado; doutoramento; não sabe/ não responde

- Religião

Católica; ortodoxa; protestante/evangélica; judaica; muçulmana; sem religião, outra; não sabe/ não responde

- Nacionalidade

Portuguesa; estrangeira; dupla nacionalidade; apátrida; não sabe/ não responde

- País de origem

Angola; Cabo Verde; Guiné-Bissau; Moçambique; São Tomé e Príncipe; outros países africanos; Brasil; outros países americanos; Bielorrússia; Bulgária; Moldávia; Roménia; Rússia; Ucrânia; outros países do Leste; Portugal; outros países; não sabe

- Comunidade

Africana; Brasileira; do Leste Europeu

- Tempo de permanência em Portugal

- Situação administrativa

Regular; não tem a situação regularizada; em processo de regularização

- Como veio para Portugal

Sozinho; acompanhado

- Presença de pessoas conhecidas quando chegou à Portugal

Não; sim

- Principal motivo para deixar o país de origem

Motivos económicos; motivos profissionais; para estudar; reagrupamento familiar; motivos políticos e religiosos; orientação sexual; por causa de um conflito armado; por motivos de saúde; afinidades com o país; outros

- Ocupação profissional

Empregado; desempregado; reformado; estudante; trabalhador-estudante; tarefas domésticas (na sua própria casa); outra; não sabe

- Percepção de rendimentos do agregado familiar

Muito insuficientes; insuficientes; suficientes; mais do que suficientes

- Presença de ansiedade e *stress*

Não; sim

- Presença de depressão

Não; sim

- Sensação de cansaço psicológico (tristeza, desmotivação e depressão)

Nunca; com pouca frequência; com muita frequência

- Sensação de ansiedade

Nunca; com pouca frequência; com muita frequência

- Sensação de solidão

Nunca; com pouca frequência; com muita frequência

De modo a testar o instrumento e todos os procedimentos de recolha de dados foi realizado um pré-teste com cada uma das comunidades em estudo: Brasileira, Africana e de países da Europa de Leste. O questionário foi aplicado a 15 imigrantes, 5 de cada um dos grupos, e posteriormente analisado e discutido em grupo focal com cada comunidade.

O pré-teste ao questionário permitiu avaliar o conteúdo, a formulação, a ordenação e a duração da sua aplicação. A análise dos resultados do pré-teste conduziu à reestruturação do questionário e à elaboração de novas versões, que voltaram a ser analisadas e discutidas pela equipa do projeto. A participação e o envolvimento das comunidades no pré-teste permitiram a construção de um questionário acessível e adequado à população em estudo.

3.6 Procedimentos de colheita de dados

Os questionários foram aplicados por indivíduos das comunidades treinados para o efeito. Estes entrevistadores eram maioritariamente oriundos das comunidades em estudo, receberam formação específica no sentido de os capacitar para a recolha de dados, o que foi fundamental para assegurar a motivação para a realização da tarefa e o rigor dos dados recolhidos.

Foi desenvolvido um protocolo para a recolha de dados especificando todos os procedimentos a cumprir, por forma a garantir um rigoroso controlo da qualidade do processo de recolha de dados.

O consentimento informado foi obtido, garantindo-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

3.7 Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.

Apresenta-se inicialmente a média, o desvio padrão e a mediana das variáveis quantitativas contínuas para a amostra total e a média por categoria de cada uma das variáveis dependentes.

Utilizaram-se duas variáveis dependentes neste estudo, ambas qualitativas discretas medidas em escala nominal:

- Depressão ($y_1 = 1$, tem depressão; $y_1 = 0$, caso contrário)
- Ansiedade e *stress* ($y_2 = 1$, tem ansiedade e *stress*; $y_2 = 0$, caso contrário)

Com o objectivo de comparar as variáveis categóricas deste estudo e para conhecer a sua associação com cada uma das variáveis dependentes, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado. Para um $p\text{-value} < 0,05$ considera-se haver evidência que sustente a associação entre as variáveis.

O modelo da regressão logística foi estimado pelo método da máxima verosimilhança e incluiu como variáveis explicativas as variáveis que apresentaram associação com cada uma das variáveis dependentes.

O teste de Wald, ou teste de significância individual ($p\text{-value} < 0,05$) foi utilizado para averiguar a associação entre a variável dependente e cada uma das variáveis independentes, e identificar as variáveis que explicaram de forma significativa cada um dos modelos.

Os coeficientes estimados foram interpretados através do *odd ratio* (OR). A razão de *odds* é uma medida de associação a qual representa uma boa aproximação do risco relativo. Para cada OR é apresentado o Intervalo de Confiança a 95% (IC 95%).

A qualidade de ajustamento de cada um dos modelos foi obtida através da curva ROC, a qual reflete a capacidade de classificar correctamente os indivíduos pertencentes à categoria dos sucessos ou dos insucessos.

3.8 Considerações éticas/ legais e conflitos de interesse

Não foi necessário solicitar pedido formal ao Comitê de Ética do IHMT, uma vez que este pedido foi submetido aquando do projecto “Atitudes e representações face à saúde e doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes: em direcção a serviços de saúde amigos dos imigrantes”.

A autora considera não haver conflitos de interesse na realização deste estudo.

4.RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

4.1.1 Estatísticas descritivas

A idade média dos participantes é de 35,74 anos, com um desvio padrão de 11,67 anos e mediana igual a 33 anos. Em relação ao tempo de permanência em Portugal, a média é de 7,77 anos, com um desvio padrão de 8,11 anos e mediana igual a 6,06 anos (Quadro 4.1.1).

Quadro 4.1.1 – Estatísticas descritivas: média, desvio padrão e mediana

	Média (anos)	Desvio Padrão (anos)	Mediana (anos)
Idade (n=1371)	35,74	11,67	33
Tempo de permanência em Portugal (n=1323)	7,77	8,11	6,06

A idade média dos indivíduos que responderam não ter ou nunca ter tido depressão desde que estão a viver em Portugal é de 35,32 anos, enquanto que a idade média dos indivíduos que sofrem ou já sofreram este tipo de problema é de 38,25 anos.

Relativamente ao tempo médio de permanência em Portugal, os indivíduos que vivem no país há 8,83 anos reportam depressão, e os indivíduos que vivem há 7,59 anos ainda não a reportam.

Quanto aos indivíduos que responderam não ter ou nunca ter tido ansiedade e *stress* desde que estão a viver em Portugal, a idade média é de 35,55 anos, enquanto que a idade média dos indivíduos que sofrem ou já sofreram este tipo de problema é de 35,87 anos.

Relativamente ao tempo médio de permanência em Portugal, os indivíduos que residem no país há 7,59 anos reportam ansiedade e *stress*, e os indivíduos que residem há 8,08 anos não os reportam.

4.1.2 Caracterização do perfil sociodemográfico por comunidades

Do total da amostra, 703 são do sexo feminino (51,1%) e 672 são do sexo masculino (48,9%). Na comunidade Africana, 57% são do sexo feminino, enquanto nas comunidades Brasileira e do Leste, 50,5% e 53,3%, respectivamente, são do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, a maioria dos imigrantes são casados ou solteiros. Nas comunidades Africana e Brasileira, 58,1% e 46,4%, respectivamente, são solteiros, ao passo que na comunidade do Leste 60,2% são casados. Quanto à escolaridade, 33,6% do total da amostra completou o secundário. A maioria dos Africanos (23,8%) e dos Brasileiros (46,2%) completaram o secundário. Entretanto, 32,7% da comunidade do Leste possui uma licenciatura. A religião católica é mais praticada pelas comunidades Africana (73,2%) e Brasileira (53,1%) e a religião ortodoxa é mais praticada pela comunidade do Leste (80,4%).

Quanto à nacionalidade, a maioria dos imigrantes, são estrangeiros (86%). Apenas 4,2% possuem dupla nacionalidade. Observa-se um predomínio da nacionalidade portuguesa na comunidade Africana (27,3%). No que se refere ao país de origem, a comunidade Africana é em sua maioria oriunda de Cabo Verde (43,2%) e a comunidade do Leste é maioritariamente composta por imigrantes vindos da Ucrânia (51%). Relativamente à situação administrativa, a maioria dos imigrantes vive em Portugal de forma regular (74,3%), situação que predomina nas comunidades Africana (82,9%) e do Leste (85,8%). Entre os Brasileiros, 58,2% vive de forma regular, 26,1% está em processo de regularização e 15,7% vive de forma irregular.

Quanto à ocupação profissional, 65,4% dos imigrantes estão empregados e 18,4% estão desempregados. Entre as três comunidades, as que apresentam mais imigrantes empregados são a comunidade Brasileira (72,4%) e a do Leste (75,3%). Na comunidade Africana, 27,5% dos imigrantes estão desempregados. No que se refere à percepção de rendimentos, tanto os Africanos (53%) quanto os imigrantes do Leste (46,9) consideram-na insuficiente, ao passo que 56,8% dos Brasileiros consideram-na suficiente (Quadro 4.1.2).

Quadro 4.1.2 Caracterização do perfil sociodemográfico por comunidades

	Africanos % (n=447)	Brasileiros % (n=523)	Leste %(n=405)	Total %
Sexo (n=1375)				
Feminino (n=703)	57	49,5	46,7	51,1
Masculino (n=672)	43	50,5	53,3	48,9
Estado Civil (n=1370)				
Casado/ em união de facto (n=636)	35	45,6	60,2	46,4
Solteiro (n=592)	58,1	46,4	22,6	43,2
Divorciado/ separado (n=110)	2,9	7,3	14,7	8
Viúvo (n=32)	4	0,8	2,5	2,3
Escolaridade (n=1344)				
Nenhum, não sabe ler nem escrever (n=38)	8,5	0	0	2,8
Nenhum, mas sabe ler e escrever (n=19)	3,8	0,4	0	1,4
1º Ciclo (n=89)	13,7	5,2	0,3	6,6
2º Ciclo (n=133)	15	12,5	0,3	9,9
3º Ciclo (n=196)	26	10,9	6,1	14,6
Secundário (n=452)	23,8	46,2	27,9	33,6
Curso Profissional (n=148)	1,8	5,4	29,8	11
Licenciatura (n=240)	6,5	16,9	32,7	17,9
Mestrado (n=25)	0,9	2,3	2,4	1,9
Doutoramento (n=4)	0	0,4	0,5	0,3
Religião (n=1337)				
Católica (n=633)	73,2	53,1	11,2	47,3
Ortodoxa (n=316)	0	0	80,4	23,6
Protestante/ Evangélica (n=181)	5,7	29,1	2	13,5
Judaica (n=1)	0,2	0	0	0,1
Muçulmana (n=26)	4,6	0	1,5	1,9
Sem religião (n=102)	11,7	8,5	2	7,6
Outra (n=78)	4,6	9,3	2,8	5,8
Nacionalidade (n=1367)				
Portuguesa (n=133)	27,3	0,2	2,8	9,7
Estrangeira (n=1176)	68	95	94,3	86
Dupla nacionalidade (n=58)	4,7	4,8	3	4,2
País de origem (n=1372)				
Angola (n=76)	17	0	0	5,5
Cabo Verde (n=193)	43,2	0	0	14,1
Guiné-Bissau (n=48)	10,7	0	0	3,5
Moçambique (n=15)	3,4	0	0	1,1
São Tomé e Príncipe (n=56)	12,5	0	0	4,1
Outros países africanos (n=6)	1,3	0	0	0,4
Brasil (n=523)	0	100	0	38,1
Bielorrússia (n=4)	0	0	1	0,3
Moldávia (n=88)	0	0	21,9	6,4
Roménia (n=29)	0	0	7,2	2,1
Rússia (n=61)	0	0	15,2	4,4
Ucrânia (n=205)	0	0	51	14,9
Outros países do Leste (n=12)	0	0	3	0,9
Portugal (n=53)	11,9	0	0	3,9
Outros países (n=3)	0	0	0,7	0,2

	Africanos % (n=447)	Brasileiros % (n=523)	Leste % (n=405)	Total %
Situação administrativa (n=1344)				
Regular (n=998)	82,9	58,2	85,8	74,3
Situação não regularizada (n=129)	6	15,7	5,6	9,6
Em processo de regularização (n=217)	11,1	26,1	8,7	16,1
Ocupação profissional (n=1364)				
Empregado (n=892)	48,3	72,4	75,3	65,4
Desempregado (n=251)	27,5	15	12,8	18,4
Reformado (n=34)	6,8	0,4	0,5	2,5
Estudante (n=82)	8,1	6,7	2,8	6
Trabalhador-estudante (n=44)	5	2,5	2,3	3,2
Tarefas domésticas na sua casa (n=20)	1,6	1,5	1,3	1,5
Outras (n=41)	2,7	1,5	5,3	3
Percepção de rendimentos (n=1318)				
Muito insuficiente (n=150)	15,4	3,7	17	11,4
Insuficiente (n=601)	53	38,5	46,9	45,6
Suficiente (n=560)	31,4	56,8	35,8	42,5
Mais do que suficiente (n=7)	0,2	1	0,3	0,5

4.1.3 Caracterização do perfil sociodemográfico por sexo

Tanto as mulheres quanto os homens são em sua maioria casados, 46% e 46,9% respectivamente (p-value < 0,05). Em ambos os sexos o nível de escolaridade predominante é o secundário, concluído por 29,8% das mulheres e 37,6% dos homens (p-value < 0,05). A maioria das mulheres, 52%, e homens, 42,5%, pertence à religião católica (p-value < 0,05).

Quanto à nacionalidade, mulheres (86%) e homens (86,1%) são em sua maioria estrangeiros. Entretanto, estes valores não são estatisticamente significativos (p-value > 0,05). As mulheres são em sua maioria oriundas do Brasil (36,9%), de Cabo Verde (17,5%) e da Ucrânia (13,8%). Os homens também são em sua maioria oriundos do Brasil (39,3%), de Cabo Verde (10,4%) e da Ucrânia (16,1%). Estes resultados também não são estatisticamente significativos (p-value > 0,05). A maioria das mulheres pertence às comunidades Africana, 36,3%, e Brasileira, 36,8%, e a maioria dos homens pertence à comunidade do Leste, 39,3% (p-value < 0,05).

Relativamente à situação administrativa, mulheres e homens vivem em sua maioria de forma regular, 78,1% e 70,2% respectivamente (p-value < 0,05). Tanto a situação não regular (12,7%) quanto a espera pelo processo de regularização (17,1%) é mais evidente entre os homens. No que se refere à ocupação profissional, a maioria das mulheres

(64,8%) e dos homens (66%) estão empregados (p-value < 0,05). Entretanto, 15,9% das mulheres e 21% dos homens estão desempregados. Em ambos os sexos a percepção de rendimentos é insuficiente, 45,4% nas mulheres e 45,7% nos homens. Porém, estes valores não são estatisticamente significativos (p-value > 0,05) . (Quadro 4.1.3).

Quadro 4.1.3 Caracterização do perfil sociodemográfico por sexo

	Feminino % (n=703)	Masculino % (n=672)	Total %	p-value
Estado Civil (n=1370)				0,000
Casado/ em união de facto (n=636)	46	46,9	46,4	
Solteiro (n=592)	40,6	46	43,2	
Divorciado/ separado (n=110)	9,3	6,7	8	
Viúvo (n=32)	4,1	0,4	2,3	
Escolaridade (n=1344)				0,000
Nenhum, não sabe ler nem escrever (n=38)	4,5	1,1	2,8	
Nenhum, mas sabe ler e escrever (n=19)	2,5	0,3	1,4	
1º Ciclo (n=89)	6,6	6,7	6,6	
2º Ciclo (n=133)	9,8	10	9,9	
3º Ciclo (n=196)	12,7	16,6	14,6	
Secundário (n=452)	29,8	37,6	33,6	
Curso Profissional (n=148)	9,5	12,6	11	
Licenciatura (n=240)	22,3	13,2	17,9	
Mestrado (n=25)	2	1,7	1,9	
Doutoramento (n=4)	0,4	0,2	0,3	
Religião (n=1337)				0,011
Católica (n=633)	52	42,5	47,3	
Ortodoxa (n=316)	22,4	24,9	23,6	
Protestante/ Evangélica (n=181)	12,2	14,9	13,5	
Judaica (n=1)	0,1	0	0,1	
Muçulmana (n=26)	1,6	2,3	1,9	
Sem religião (n=102)	5,7	9,7	7,6	
Outra (n=78)	6	5,7	5,8	
Nacionalidade (n=1367)				0,737
Portuguesa (n=133)	10,3	9,1	9,7	
Estrangeira (n=1176)	86	86,1	86	
Dupla nacionalidade (n=58)	3,7	4,8	4,2	
País de origem (n=1372)				0,939
Angola (n=76)	4,7	6,4	5,5	
Cabo Verde (n=193)	17,5	10,4	14,1	
Guiné-Bissau (n=48)	4	3	3,5	
Moçambique (n=15)	0,6	1,6	1,1	
São Tomé e Príncipe (n=56)	5,3	2,8	4,1	
Outros países africanos (n=6)	0,1	0,7	0,4	
Brasil (n=523)	36,9	39,3	38,1	
Bielorrússia (n=4)	0,1	0,4	0,3	
Moldávia (n=88)	5,6	7,3	6,4	
Roménia (n=29)	1,4	2,8	2,1	
Rússia (n=61)	4,7	4,2	4,4	

	Feminino % (n=703)	Masculino % (n=672)	Total %	p-value
País de origem (n=1372)				
Ucrânia (n=205)	13,8	16,1	14,9	
Outros países do Leste (n=12)	0,9	0,9	0,9	
Portugal (n=53)	4,1	3,6	3,9	
Outros países (n=3)	0,1	0,3	0,2	
Comunidades (n=1375)				0,044
Africanos (n=447)	36,3	28,6	32,5	
Brasileiros (n=523)	36,8	39,3	38	
Leste (n=405)	26,9	32,1	29,5	
Situação administrativa (n=1344)				0,003
Regular (n=998)	78,1	70,2	74,3	
Situação não regularizada (n=129)	6,7	12,7	9,6	
Em processo de regularização (n=217)	15,2	17,1	16,1	
Ocupação profissional (n=1364)				0,000
Empregado (n=892)	64,8	66	65,4	
Desempregado (n=251)	15,9	21	18,4	
Reformado (n=34)	2,4	2,5	2,5	
Estudante (n=82)	7,2	4,8	6	
Trabalhador-estudante (n=44)	4,7	1,6	3,2	
Tarefas domésticas na sua casa (n=20)	2,6	0,3	1,5	
Outras (n=41)	2,3	3,7	3	
Percepção de rendimentos (n=1318)				0,258
Muito insuficiente (n=150)	13,1	9,6	11,4	
Insuficiente (n=601)	45,5	45,7	45,6	
Suficiente (n=560)	40,8	44,3	42,5	
Mais do que suficiente (n=7)	0,6	0,5	0,5	

4.1.4 Caracterização do perfil migratório por comunidades

Os imigrantes entrevistados vieram para Portugal em sua maioria sozinhos (58,6%), perfil que se mantém em cada uma das comunidades, Africana (61,8%), Brasileira (61%) e do Leste (52,3%). Cerca de 80% destes imigrantes não conhecia ninguém aquando da sua chegada. As comunidades Africana, Brasileira e do Leste referem ter migrado principalmente por motivos económicos, 26%, 36,8% e 62,4%, respectivamente, sendo este motivo mais evidente entre os imigrantes do Leste (Quadro 4.1.4).

Quadro 4.1.4 Caracterização do perfil migratório por comunidades

	Africanos % (n=447)	Brasileiros % (n=523)	Leste % (n=405)	Total %
Como veio para Portugal (n=1311)				
Sozinho (n=76)	61,8	61	52,3	58,6
Acompanhado (n=543)	38,2	39	47,7	41,4
Pessoas conhecidas em Portugal (n=1261)				
Não (n=252)	86,6	77,8	76,7	80
Sim (n=1009)	13,4	22,2	23,3	20
Principal motivo para emigrar (n=1305)				
Motivos económicos (n=541)	26	36,8	36,8	36,8
Motivos profissionais (n=60)	3,9	7,1	7,1	7,1
Para estudar (n=96)	13,3	7,9	7,9	7,9
Principal motivo para emigrar (n=1305)				
Reagrupamento familiar (n=144)	19,8	6,3	8,8	11
Motivos políticos e religiosos (n=6)	1	0	0,5	0,5
Orientação sexual (n=2)	0,3	0,2	0	0,2
Conflito armado (n=12)	2,6	0	0,5	0,9
Motivos de saúde (n=51)	13	0	0,3	3,9
Afinidades com o país (n=20)	1,6	2,5	0,3	1,5
Vários (n=373)	18,5	39,2	24,2	28,5

4.1.5 Caracterização do perfil migratório por sexo

Tanto as mulheres (55%) quanto os homens (62,3%) migraram em sua maioria sozinhos (p-value < 0,05) e não tinham pessoas conhecidas em Portugal, aquando da sua chegada, 82,2% das mulheres e 77,8% dos homens. Porém, o fato de não terem pessoas conhecidas não é estatisticamente significativo (p-value > 0,05). O principal motivo para migrar, reportado por mulheres e homens prende-se com questões económicas, 34% e 49,1%, respectivamente, valores estatisticamente não significativos, p-value > 0,05 (Quadro 4.1.5).

Quadro 4.1.5 Caracterização do perfil migratório por sexo

	Feminino % (n=703)	Masculino % (n=672)	Total %	p-value
Como veio para Portugal (n=1311)				0,017
Sozinho (n=76)	55	62,3	58,6	
Acompanhado (n=543)	45	37,7	41,4	
Pessoas conhecidas em Portugal (n=1261)				
Não (n=252)	82,2	82,2	80	
Sim (n=1009)	17,8	17,8	20	
Principal motivo para emigrar (n=1305)				0,340
Motivos económicos (n=541)	34	49,1	41,5	
Motivos profissionais (n=60)	3,9	5,3	4,6	
Para estudar (n=96)	8,3	6,4	7,4	
Reagrupamento familiar (n=144)	16,6	5,3	11	
Motivos políticos e religiosos (n=6)	0,3	0,6	0,5	
Orientação sexual (n=2)	0,2	0,2	0,2	
Conflito armado (n=12)	0,9	0,9	0,9	
Motivos de saúde (n=51)	4,5	3,3	3,9	
Afinidades com o país (n=20)	1,1	2	1,5	
Vários (n=373)	30,2	26,9	28,5	

4.1.6 Caracterização do perfil de saúde mental por comunidades

A presença de ansiedade e *stress* é reportada por 39,3% dos imigrantes entrevistados. Nas comunidades Africana, Brasileira e do Leste, a presença de ansiedade e *stress* é reportada respectivamente por 40,5%, 41,9% e 34,4% dos imigrantes.

A presença de depressão é reportada por 13,7% dos imigrantes, percentagem que se mantém semelhante nas três comunidades.

Quanto à sensação de cansaço psicológico, este é reportado em sua maioria (60,3%), como sendo pouco frequente, principalmente na comunidade do Leste (64,5%). Relativamente à sensação de ansiedade, esta também é maioritariamente pouco frequente (57,7%), nomeadamente entre os imigrantes do Leste (69,3%). No que diz respeito à sensação de solidão, esta ocorre com pouca frequência em cerca de metade dos imigrantes (50,9%), sendo mais evidente entre os Brasileiros, 57,8% (Quadro 4.1.6).

Quadro 4.1.6 Caracterização do perfil de saúde mental por comunidades

	Africanos % (n=447)	Brasileiros % (n=523)	Leste % (n=405)	Total %
Presença de ansiedade e <i>stress</i> (n=1347)				
Não (n=818)	59,5	58,1	65,6	60,7
Sim (n=529)	40,5	41,9	34,4	39,3
Presença de depressão (n=1346)				
Não (n=1162)	87,7	85,3	86,2	86,3
Sim (n=184)	12,3	14,7	13,8	13,7
Sensação de cansaço psicológico (n=1353)				14,3
Nunca (n=194)	22	13,6	7	60,3
Com pouca frequência (n=516)	56,3	60,5	64,5	25,4
Com muita frequência (n=343)	21,8	25,9	28,5	
Sensação de ansiedade (n=1337)				
Nunca (n=146)	15,9	5,2	13,1	10,9
Com pouca frequência (n=771)	53,6	52	69,3	57,7
Com muita frequência (n=420)	30,6	42,7	17,6	31,4
Sensação de solidão (n=1341)				
Nunca (n=399)	37,1	23,6	29,9	29,8
Com pouca frequência (n=682)	45,1	57,8	48	50,9
Com muita frequência (n=260)	17,8	18,6	22,1	19,4

4.1.7 Caracterização do perfil de saúde mental por sexo

A presença de ansiedade e *stress* (44,8%) e de depressão (16,5%) é reportada principalmente pelas mulheres, valores estes estatisticamente significativos (p-value < 0,05).

Quanto à sensação de cansaço psicológico, para a maioria das mulheres (58,7%) e dos homens (62%), este ocorre com pouca frequência, apesar de ser muito frequente em 29,2% das mulheres (p-value < 0,05). Relativamente à sensação de ansiedade, esta também é pouco frequente entre mulheres (54,8%) e homens (60,7%). Para 29,2% das mulheres esta sensação é muito frequente (p-value < 0,05). No que diz respeito à sensação de solidão, ela é pouco frequente entre mulheres (50,6%) e homens (51,1%). A sensação de solidão não está presente em 29,8% das mulheres e homens. Estes últimos valores não são estatisticamente significativos (p-value > 0,05). (Quadro 4.1.7).

Quadro 4.1.7 Caracterização do perfil de saúde mental por sexo

	Feminino % (n=703)	Masculino % (n=672)	Total %	p-value
Presença de ansiedade e <i>stress</i> (n=1347)				0,000
Não (n=818)	55,2	66,6	60,7	
Sim (n=529)	44,8	33,4	39,3	
Presença de depressão (n=1346)				0,000
Não (n=1162)	83,5	89,3	86,3	
Sim (n=184)	16,5	10,7	13,7	
Sensação de cansaço psicológico (n=1353)				0,001
Nunca (n=194)	12,1	16,6	14,3	
Com pouca frequência (n=516)	58,7	62	60,3	
Com muita frequência (n=343)	29,2	21,3	25,4	
Sensação de ansiedade (n=1337)				0,001
Nunca (n=146)	9,7	12,2	10,9	
Com pouca frequência (n=771)	54,8	60,7	57,7	
Com muita frequência (n=420)	35,6	27,1	31,4	
Sensação de solidão (n=1341)				0,937
Nunca (n=399)	30	29,5	29,8	
Com pouca frequência (n=682)	50,6	51,1	50,9	
Com muita frequência (n=260)	19,4	19,4	19,4	

4.2 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA ESTIMADO PARA A PRESENÇA DE DEPRESSÃO EM IMIGRANTES A VIVEREM EM PORTUGAL

Em relação à variável dependente depressão, os resultados sugerem haver associação significativa entre esta e a idade, sexo, ocupação profissional, ansiedade e *stress*, cansaço psicológico, sensação de ansiedade e sensação de solidão (Quadro 4.2).

Quadro 4.2 Teste do Qui-Quadrado para a variável depressão

Variável categórica	p-value
Idade	0,009
Sexo	0,002
Ocupação profissional	0,000
Ansiedade e <i>stress</i>	0,000
Cansaço psicológico	0,000
Sensação de ansiedade	0,000
Sensação de solidão	0,000

Partindo das variáveis acima mencionadas e aplicando o modelo da regressão logística relativo aos fatores determinantes dos distúrbios mentais em imigrantes a viverem em Portugal (Quadro 4.2.1), as variáveis que se revelaram significativas para explicar o modelo foram ocupação profissional, ansiedade e *stress*, cansaço psicológico e sensação de solidão (p-value < 0,05).

Quadro 4.2.1 – Regressão logística para a depressão

	B	Sig.	OR	IC 95%
Ocupação profissional				
Empregado		0,000		
Desempregado	0,011	0,961	1,011	[0,644-1,588]
Reformado	1,662	0,001	5,267	[2,004-13,843]
Estudante	-1,226	0,049	0,293	[0,086-0,997]
Trabalhador-estudante	-1,969	0,058	0,140	[0,018-1,070]
Tarefas domésticas	-0,989	0,367	0,372	[0,043-3,182]
Outra	1,215	0,005	3,370	[1,456-7,801]
Ansiedade e <i>stress</i>				
Presente	2,397	0,000	10,995	[7,009-17,248]
Cansaço Psicológico				
Ausente		0,001		
Pouco frequente	0,767	0,097	2,154	[0,870-5,332]
Muito frequente	1,356	0,004	3,879	[1,526-9,859]
Sensação de solidão				
Ausente		0,047		
Pouco frequente	0,429	0,082	1,536	[0,948-2,488]
Muito frequente	0,696	0,014	2,007	[1,154-3,490]
Constante		0,000	0,010	

A presença de depressão é reportada por 13,7% dos indivíduos entrevistados.

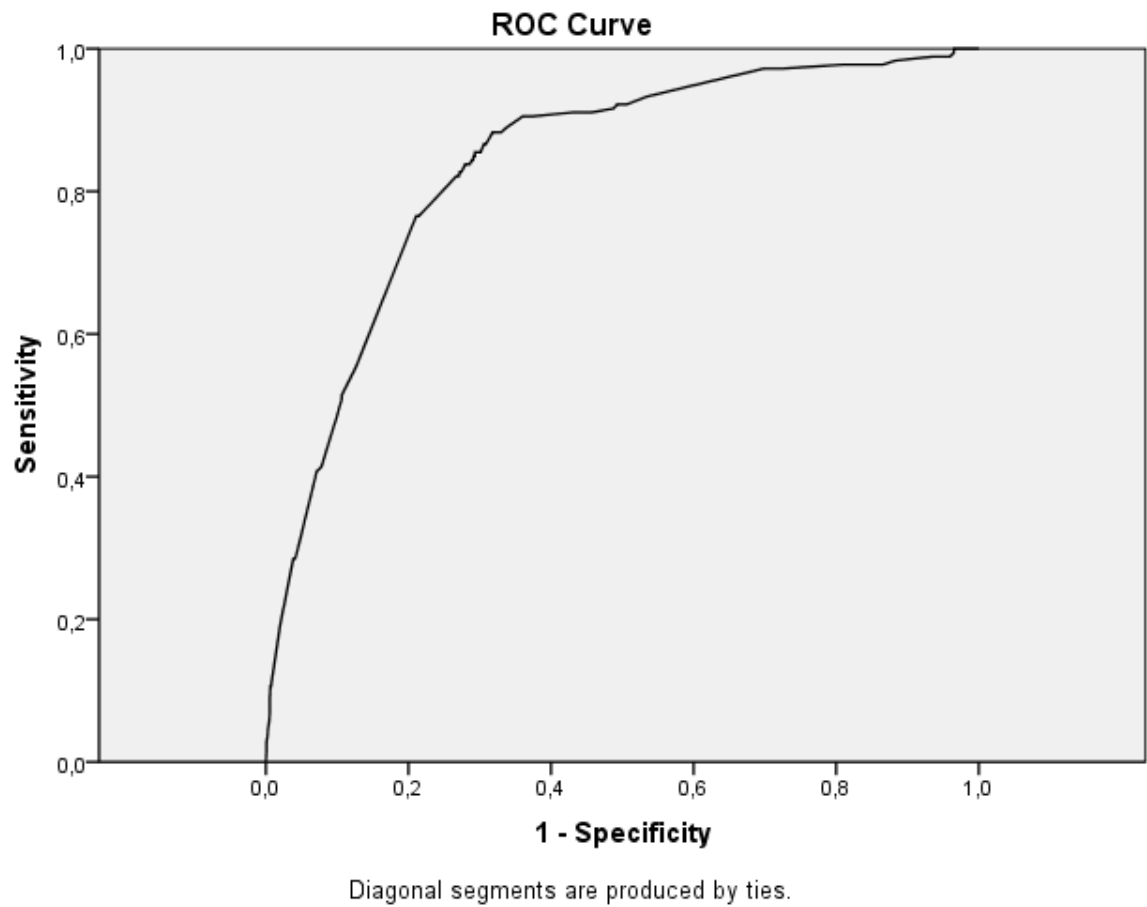
Ao analisarmos a variável explicativa ocupação profissional dos imigrantes a viverem em Portugal, um imigrante reformado tem uma probabilidade cinco vezes maior de ter depressão ($OR=5,267$), quando comparado com um imigrante empregado, ajustando para as outras variáveis. Também um imigrante com outra ocupação profissional tem uma probabilidade três vezes maior de ter depressão ($OR=3,37$), quando comparado com um imigrante empregado, ajustando para as outras variáveis. Entretanto, a probabilidade de um imigrante trabalhador estudante ter depressão é inferior em 0,14 ($OR=0,14$) a de um imigrante empregado, ajustando para as outras variáveis.

Relativamente à variável explicativa ansiedade e *stress*, um imigrante que tem ou já teve estes sintomas desde que está a viver em Portugal tem uma probabilidade onze vezes maior ($OR=10,995$) de ter depressão, do que um imigrante que não refere estes sintomas, ajustando para as outras variáveis.

Quanto à variável explicativa cansaço psicológico, o imigrante que refere cansaço psicológico com muita frequência tem uma probabilidade cerca de quatro vezes maior ($OR=3,879$) de ter depressão, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sintoma, ajustando para as outras variáveis. Já o imigrante que refere cansaço psicológico com pouca frequência tem uma probabilidade duas vezes maior ($OR=2,154$) de ter depressão, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sintoma, ajustando para as outras variáveis.

Por fim, a variável sensação de solidão mostra-nos que um imigrante que refere tal sensação com muita frequência tem uma probabilidade duas vezes maior ($OR=2,007$) de ter depressão, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sensação, ajustando para as outras variáveis. Para o imigrante que refere sensação de solidão com pouca frequência, a probabilidade de ter depressão é uma vez e meia maior ($OR=1,536$) quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sensação, ajustando para as outras variáveis.

Gráfico 1 – Gráfico da curva ROC para a depressão



A área abaixo da curva ROC, para a variável dependente depressão, é igual a 0,837 (83,7%), o que significa que o modelo apresenta uma boa capacidade de discriminação (Gráfico 1).

4.3 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA ESTIMADO PARA A PRESENÇA DE ANSIEDADE E *STRESS* EM IMIGRANTES A VIVEREM EM PORTUGAL

Quanto à variável dependente ansiedade e *stress*, os resultados sugerem haver associação significativa entre esta e o sexo, religião, depressão, cansaço psicológico, sensação de ansiedade e sensação de solidão (Quadro 4.3).

Quadro4.3 Teste do Qui-Quadrado para a variável ansiedade e *stress*

Variável categórica	p-value
Sexo	0,000
Religião	0,050
Depressão	0,000
Cansaço psicológico	0,000
Sensação de ansiedade	0,000
Sensação de solidão	0,000

Uma vez mais, recorrendo às variáveis acima mencionadas e aplicando o modelo da regressão logística (Quadro 4.3.1), as variáveis que se revelaram significativas para explicar o modelo foram sexo, depressão, cansaço psicológico e sensação de ansiedade ($p\text{-value} < 0,05$).

Quadro 4.3.1 – Regressão logística para a ansiedade e *stress*

	B	Sig.	OR	IC 95%
Sexo				
Masculino	-0,342	0,008	0,710	[0,553-0,913]
Depressão				
Presente	2,393	0,000	10,946	[6,993-17,133]
Cansaço Psicológico				
Ausente		0,000		
Pouco frequente	0,904	0,000	2,470	[1,584-3,853]
Muito frequente	1,005	0,000	2,732	[1,683-4,434]
Sensação de ansiedade				
Ausente		0,000		
Pouco frequente	0,797	0,003	2,218	[1,303-3,775]
Muito frequente	1,613	0,000	5,019	[2,901-8,648]
Constante		0,000	0,091	

A presença de ansiedade e *stress* é reportada por 39,3% dos indivíduos entrevistados.

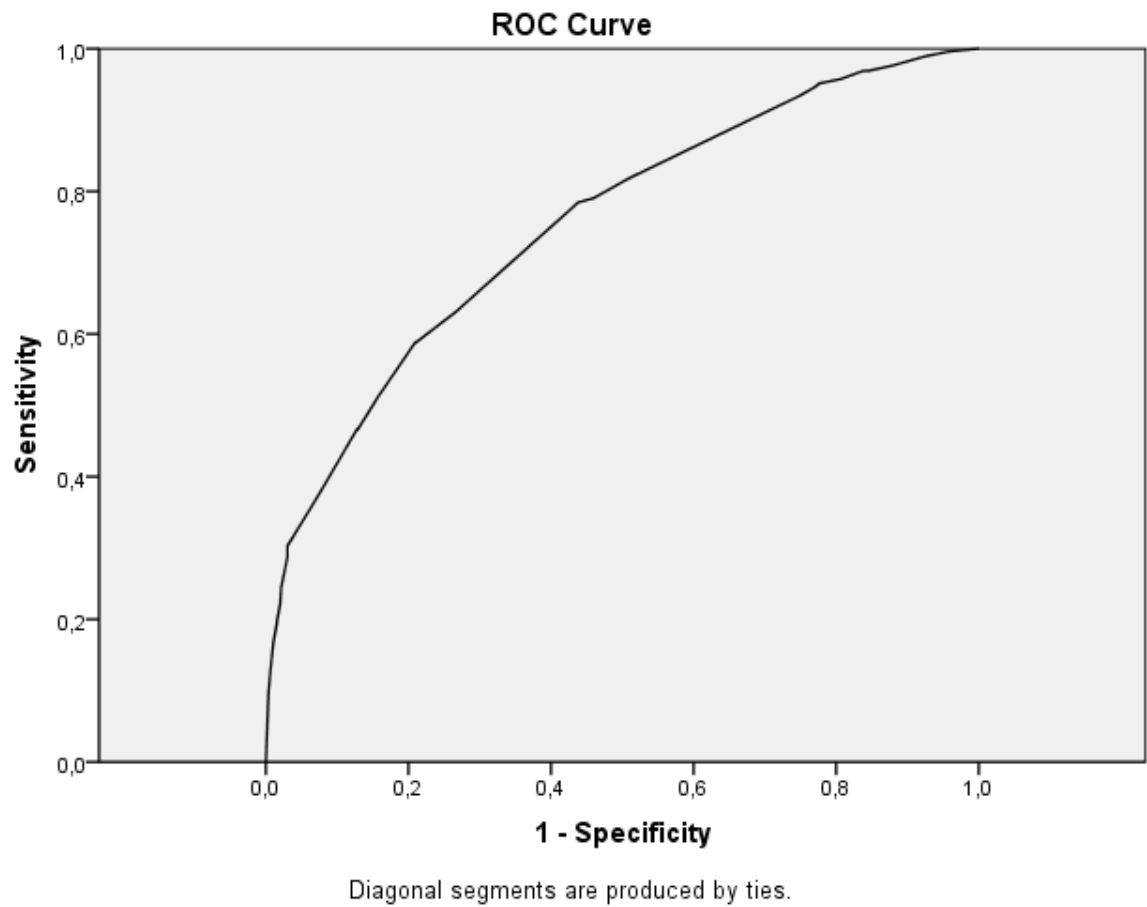
Ao analisarmos a variável explicativa sexo, a probabilidade de um imigrante do sexo masculino ter ansiedade e *stress* é inferior em 0,71 vezes ($OR=0,71$), quando comparado com um imigrante do sexo feminino, ajustando para as outras variáveis.

Relativamente à variável explicativa depressão, um imigrante que tem ou já teve estes sintomas desde que está a viver em Portugal tem uma probabilidade onze vezes maior (OR=10,946) de ter ansiedade e *stress*, do que um imigrante que não refere estes sintomas, ajustando para as outras variáveis.

Quanto à variável explicativa cansaço psicológico, o imigrante que refere cansaço psicológico com muita frequência tem uma probabilidade cerca de três vezes maior (OR=2,732) de ter ansiedade e *stress*, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sintoma, ajustando para as outras variáveis. Já o imigrante que refere cansaço psicológico com pouca frequência tem uma probabilidade cerca de duas vezes e meia maior (OR=2,47) de ter ansiedade e *stress*, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sintoma, ajustando para as outras variáveis.

Por fim, a variável explicativa sensação de ansiedade mostra-nos que um imigrante que refere tal sensação com muita frequência tem uma probabilidade cinco vezes maior (OR=5,019) de ter ansiedade e *stress*, quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sensação, ajustando para as outras variáveis. Para o imigrante que refere sensação de ansiedade com pouca frequência, a probabilidade de ter ansiedade e *stress* é duas vezes maior (OR=2,218) quando comparado com um imigrante que nunca refere tal sensação, ajustando para as outras variáveis.

Gráfico 2 – Gráfico da curva ROC para a ansiedade e *stress*



A área abaixo da curva ROC, para a variável dependente ansiedade e *stress*, é igual a 0,754 (75,4%), o que significa que o modelo apresenta uma capacidade de discriminação aceitável (Gráfico 2).

5. DISCUSSÃO

O processo migratório continua a crescer em Portugal desde os anos 80 (Santos, 2004). Atualmente, a imigração é mais laboral e concentra-se maioritariamente em Lisboa, onde o mercado de trabalho é mais dinâmico e diversificado (Malheiros et.al., 2007). Portugal é um país que recebe imigrantes de várias comunidades, nomeadamente Africana, Brasileira e de países do Leste.

A comunidade constituída pelos imigrantes oriundos do Brasil é a comunidade mais representativa da amostra em estudo (38%). A comunidade Africana representa 32,5%, com destaque para Cabo Verde (14,1%) e a comunidade de países do Leste representa 29,5%, sendo a Ucrânia o país com mais imigrantes (14,9%).

Estes dados são consistentes com o perfil dos imigrantes a viverem em Portugal, conforme citado por Bento, Martins e Sousa (2011), em que o Brasil, Ucrânia e Cabo Verde foram as nacionalidades mais representativas em 2009 e 2010.

A idade média dos participantes deste estudo é de 35,74 anos, o que reflete o perfil dos imigrantes em Portugal, os quais são em sua maioria jovens e estão em idade ativa (Malheiros et.al., 2007, Marques et.al., 2010, Góis et.al., 2008). Este perfil mantém-se em outros países com migração maioritariamente laboral.

Do total da amostra, os imigrantes do Leste são aqueles que possuem maior grau de escolaridade, 32,7% são licenciados. Entretanto, eles obtêm trabalhos pouco ou nada qualificados, com posições inferiores àquelas ocupadas no país de origem (Marques et.al., 2010), o que talvez possa explicar o fato de, em sua maioria, perceberem os rendimentos auferidos como sendo insuficientes (46,9%).

Mais da metade dos imigrantes está empregada (65,4%). A inserção económica destes imigrantes ocorre principalmente na construção civil, no comércio e nas atividades domésticas (Malheiros et.al., 2007, Marques et.al., 2010, Góis et.al., 2008).

Os resultados obtidos neste estudo apontam como principal motivo para emigrar as questões económicas (41,5% do total), seguidas pelo reagrupamento familiar (11%). Conforme referido por Malheiros et.al. (2007) os imigrantes Brasileiros justificam a sua migração através de razões económicas, desemprego e baixos salários. Também os

imigrantes da Europa de Leste migram principalmente por motivos económicos (Marques et.al., 2010). Enquanto os imigrantes Africanos, nomeadamente os oriundos de Cabo Verde, migram em busca de trabalho e para reagrupamento familiar (Góis et.al., 2008).

Dentre as duas perturbações mentais analisadas neste estudo, depressão e presença de ansiedade e *stress*, a depressão é reportada por 13,7% dos imigrantes e a presença de ansiedade e *stress* é reportada por 39,3% dos imigrantes. Um estudo realizado por King et.al. (2008) em seis países europeus, incluindo Portugal, encontrou valores de prevalência diferentes para a depressão (24,3%) e para a ansiedade (10,6%). Esta diferença pode ser explicada pelo fato de a população estudada não ser composta apenas por imigrantes, e os imigrantes estudados representarem apenas 3% do total da população portuguesa (King et.al., 2008).

Um estudo realizado nos EUA examinou a prevalência de perturbações mentais em 2554 imigrantes latinos (Alegría et. al., 2007); 79,08% são jovens ativos, com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos.

Conforme referido anteriormente, a depressão é reportada por 13,7% dos imigrantes entrevistados (n=184), percentagem que se mantém semelhante nas três comunidades, Africana (12,3%), Brasileira (14,7%) e do Leste (13,8%). Em relação ao género, a depressão é mais evidente entre as mulheres (16,5%) do que entre os homens (10,7%).

A presença de ansiedade e *stress* é reportada por 39,3% dos imigrantes entrevistados (n=529). A presença de ansiedade e *stress* é reportada por 40,5% dos Africanos, 41,9% dos Brasileiros e 34,4% do Leste. Esta perturbação também é mais evidente entre as mulheres, 44,8%, do que entre os homens, 33,4%.

Desta forma, observa-se uma maior prevalência das perturbações mentais entre as mulheres. Estes dados vão de encontro com os resultados obtidos em um estudo realizado nos EUA com imigrantes latinos (Alegría et. al., 2007), o qual estima que a prevalência de perturbações mentais para homens e mulheres é de 28,1% e 30,2%, respectivamente.

A área da saúde mental é a área mais abrangente da saúde, pois percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, do individual ao social, não havendo nenhum outro campo de intervenção em que tal seja tão patente (Santos, 2006). Esta característica resulta, entre outros fatores, de uma relação intrínseca com um dos determinantes fundamentais da saúde, os comportamentos, subjacentes aos estilos de vida (Santos, 2006). Por este motivo, o processo migratório pode constituir em si um fator de risco (Pussetti, 2010a) para saúde mental dos imigrantes. Neste contexto, diferentes determinantes de saúde mental podem ser observados.

Os determinantes de saúde mental identificados neste estudo são a depressão, a presença de ansiedade e *stress*, o sexo, a ocupação profissional e a sensação de cansaço psicológico, solidão e ansiedade.

Alguns destes determinantes vão de encontro ao referido por Viana (2008); a saúde mental reflecte a interação entre a pessoa e o meio que a rodeia, e sofre influência de fatores como género e nível socioeconómico. A instabilidade profissional e económica (Carta, 2005), a baixa escolaridade e o *stress* (Fuertes, Laso, 2006) são outros determinantes de saúde mental identificados.

Os determinantes da depressão são ocupação profissional, ansiedade e *stress*, cansaço psicológico e sensação de solidão.

Alguns dos fatores de risco para a depressão, referidos por Cordeiro (2002), são identificados nesta amostra como determinantes da depressão; idade compreendida entre os 20 e os 40 anos (a idade média dos indivíduos que reportaram a presença de depressão é de 38,25 anos) e sensação de solidão (homens vivendo sozinhos e ausência de um confidente).

Os achados deste estudo apontam uma probabilidade inferior em 0,29 vezes dos estudantes terem depressão, quando comparados com os indivíduos empregados. No entanto, no estudo de Bhugra (2004) é referida uma clara relação entre a saúde mental e a performance académica, ou seja, uma maior taxa de depressão e ansiedade entre os estudantes estrangeiros.

Neste estudo, o imigrante reformado tem uma probabilidade cinco vezes maior de ter depressão, quando comparado com um imigrante empregado. Entretanto, não se encontrou qualquer estudo com resultado semelhante. Um imigrante que refere sentir-se sozinho com muita frequência, tem uma probabilidade duas vezes maior de ter depressão, quando comparado com um imigrante que nunca sente-se sozinho.

Os determinantes da ansiedade e *stress* são sexo, depressão, cansaço psicológico e sensação de ansiedade.

Para Garcia-Campayo e Carrillo (2002) o *stress* está aumentado nos imigrantes durante os primeiros dois anos de residência no país de acolhimento, e posteriormente diminui até alcançar os valores iniciais. Porém, na amostra em estudo, o *stress* ainda é reportado pelos indivíduos que residem no país há cerca de sete anos e meio. Contudo, não há dados que comparem a presença e intensidade de *stress* aquando da chegada a Portugal, com o período em que os imigrantes foram entrevistados.

Neste estudo, a probabilidade de um imigrante do sexo masculino sofrer de ansiedade e *stress* é inferior em 0,71 vezes, quando comparado com um imigrante do sexo feminino.

Estes resultados estão de acordo com o referido na literatura. Conforme Bhugra (2004), a incidência de perturbações mentais é maior nas mulheres. Uma possível razão pode estar relacionada com o fato de a decisão de migrar ser dos homens e as mulheres apenas os seguirem. Na amostra em estudo, 62,3% dos homens e 55% das mulheres vieram para Portugal sozinhos. De acordo com a UNFPA (2006), o número de mulheres que imigram sozinhas tem vindo a aumentar, o que deve ser tido em conta pelos países de acolhimento, pois frequentemente os imigrantes do sexo feminino apresentam maiores riscos para a saúde.

Neste estudo, o indivíduo que sofre de depressão tem uma probabilidade cerca de onze vezes maior de ter ansiedade e *stress*, quando comparado com um indivíduo que não tem depressão. Situação semelhante ocorre com o indivíduo que sofre de ansiedade e *stress*. A probabilidade deste indivíduo ter depressão é cerca de onze vezes maior, quando comparado com um indivíduo que não sofre de ansiedade e *stress*. Estes resultados vão de encontro ao referido por Bhugra (2004); os sintomas da ansiedade podem acompanhar os sintomas da depressão.

Este resultado também é consistente com o resultado observado por Potochnick e Perreira (2010). Para jovens latinos, imigrantes de 1ª geração, a viverem nos EUA, os fatores estressores do processo migratório aumentam o risco destes jovens desenvolverem depressão e ansiedade.

A sensação de ansiedade pode tomar conta do migrante, por este se sentir sob *stress*. Este *stress* pode estar associado aos vários desafios vividos pelos imigrantes, como as diferenças encontradas no novo meio-ambiente, diferente cultura e estilos de vida (Dias, Gonçalves, 2007), bem como pelo desgaste psicológico causado pela saudade do país de origem (Carballo, Divino, Zeric, 1998).

A população em estudo é composta por imigrantes residentes na região de Lisboa e que reportam de forma significativa a presença de depressão e de ansiedade e *stress*. Segundo Afonso (2004), as perturbações depressivas e ansiosas são mais prevalentes nos países mais desenvolvidos. Isto poderá ser compreendido pelo maior *stress* a que as pessoas que vivem nos centros urbanos estão sujeitas.

O cansaço psicológico foi identificado como determinante das duas perturbações mentais em análise. O imigrante que refere cansaço psicológico muito frequente tem uma probabilidade cerca de quatro vezes maior de ter depressão e uma probabilidade cerca de cinco vezes maior de sofrer de ansiedade e *stress*, quando comparado com um indivíduo que nunca refere tal sintoma. Em um estudo realizado em Espanha, a fadiga é um dos sintomas mais frequentes nos imigrantes com problemas de saúde mental (Carta, 2005).

A situação administrativa irregular é um dos determinantes de saúde mentais citados por diversos autores. A irregularidade torna os imigrantes mais vulneráveis à exploração laboral, pode limitar a capacidade para exercerem seus direitos, como o acesso aos cuidados de saúde, e estigmatiza-os em relação aos demais membros da sociedade (Castañeda, 2009, Dias, Gonçalves, 2007, Fuertes, Laso, 2006, Carta, 2005). Entretanto, a situação administrativa irregular não foi identificada neste estudo como determinante da saúde mental dos imigrantes. Dos imigrantes entrevistados, 16,1% referem estar em processo de regularização e apenas 9,6% referem estar a viver em Portugal de forma irregular.

Na globalidade, os determinantes de saúde mental identificados neste estudo são consistentes com os resultados encontrados na literatura. Entretanto, uma vez que o processo de amostragem utilizado foi o método de *snowball*, um método não aleatório, é preciso estar atento para a os dados obtidos, os quais não podem ser generalizados para a população em estudo. Alguns dos resultados podem ser tendenciosos, pois a composição da amostra é fortemente influenciada pela escolha dos primeiros participantes, situação que limita a validade da mesma (Van Meter, 1990, Kaplan, Korf, Sterk, 1987). Outra limitação deste estudo prende-se com o fato de as perturbações mentais serem auto-reportadas e não resultantes de um diagnóstico médico, baseado em um dos manuais de classificação de doenças mentais mais utilizados, ICD 10 e DSM IV.

6. CONCLUSÕES

Portugal continua a ser um país de migração laboral e que recebe principalmente imigrantes das comunidades Africana, Brasileira e de países do Leste. Estes imigrantes são em sua maioria jovens em idade ativa e inserem-se em ocupações profissionais pouco qualificadas, como a construção civil e o comércio. A maioria percebe os seus rendimentos como sendo insuficientes ou muito insuficientes, o que parece estar em oposição com um dos principais motivos que os levou a migrar, as questões económicas.

Ao analisarmos o perfil de saúde mental das três comunidades, a presença de ansiedade e *stress* é mais reportada do que a depressão, mas ambas são estatisticamente significativas e estão mais presentes entre as mulheres, o que causa alguma preocupação, face a maior vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas.

Os determinantes de saúde mental identificados são, em sua maioria, consistentes com os resultados encontrados na literatura. A depressão e ansiedade estão interrelacionadas. O género, sexo feminino, continua a ter uma grande influência nas perturbações mentais. O *stress*, associado aos desafios encontrados pelos imigrantes no país de acolhimento, a solidão, pois a maioria dos imigrantes vieram para Portugal sozinhos, e o cansaço psicológico, são os principais responsáveis pela presença de perturbações mentais em nossos imigrantes.

Face a estes resultados, é necessário pensar em políticas e estratégias de ação, a fim de minimizar os danos causados na sociedade e no próprio imigrante, devido à incapacidade que estas perturbações provocam e do impacto que têm na vida diária das pessoas.

O processo de migração deve ser saudável e produtivo, através da promoção e educação para a saúde. Portugal, como país de acolhimento, deve fornecer as informações necessárias, bem como incutir nos cidadãos residentes e nos imigrantes a noção de que todos têm direito ao desenvolvimento social e à saúde. Os imigrantes devem ser inseridos em postos de trabalho adequados as suas habilitações e capacidades. Os profissionais de saúde devem receber formação na área da imigração e dos direitos dos imigrantes, bem como precisam estar atentos à proposta de reestruturação e

desenvolvimento dos serviços de saúde mental e as implicações que esta pode ter para os imigrantes que sofrem ou poderão vir a sofrer de perturbações mentais.

A promoção da investigação científica na área da saúde mental dos imigrantes deve ser alargada, pois existem ainda poucos estudos em Portugal.

Alguns trabalhos sugerem que os imigrantes, quando comparados com as populações de acolhimento, nem sempre apresentam piores indicadores de saúde (Dias, Gonçalves, 2007). Assim sendo, pode-se fazer um estudo comparativo entre os imigrantes das três comunidades estudadas e a população portuguesa.

Para além disso, é importante relembrar que os imigrantes são uma população de difícil acesso. Por este motivo, quantos mais estudos houver, melhor a qualidade dos seus resultados e mais precisas podem ser as políticas e estratégias de ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, J., TOLLETI, Gloria – Cuidados de enfermagem no controlo da ansiedade: uma proposta de intervenção não farmacológica. **Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos**. 19:3 (2006) 160-169.

AFONSO, Pedro – **Será depressão ou simplesmente tristeza?** Cascais: Principia, 2004. ISBN 972-8818-24-6.

ALBERGARIA, Pedro – **A lei da saúde mental: Lei nº 36/98 de 24 de Julho – anotada**. Coimbra: Almedina, 2003. ISBN 972-40-1844-X.

ALEGRÍA, Margarita [et.al.] – Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. **American Journal of Public Health**. 97:1 (2007) 68-75.

ATKINSON, Rowland, FLINT, John – Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. **Social Research Update**. ISSN 1360-7898. 33 (2001).

BENTO, Alexandra, MARTINS, Luis, SOUSA, Rui - **Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2010**. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2011.

BHUGRA, Dinesh – Migration and mental health. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 109 (2004) 243-258.

CARBALLO, Manuel, DIVINO, Jose, ZERIC, Damir – Migration and health in the European Union. **Tropical Medicine and International Health**. 3:12 (1998) 936-944.

CARTA, Mauro [et.al.] –Migration and mental health in Europe (The state of the mental health in Europe working group: appendix I). **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**. 1:13 (2005).

CASTAÑEDA, Heide – Illegality as a risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. **Social Science & Medicine**. 68 (2009) 1552-1560.

CORDEIRO, José – **Manual de psiquiatria clínica**. 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0939-5.

DIAS, Carlos [et.al.] – **A saúde dos imigrantes: Inquérito nacional de saúde 2005-2006**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2008).

DIAS, Sónia, GONÇALVES, Aldina – Migração e saúde. **Revista Migrações**. Lisboa: ACIDI. 1 (2007) 15-26.

EUROPEAN COMMISSION – **The state of mental health in the European Union. European Communities**, 2004. ISBN 92-894-8320-2.

EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP – EEIG: **The mental status of the European population**. Eurobarometer. 58:2 (2003).

FERNANDES, Durval, NUNAN, Carolina, CARVALHO, Margareth – O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da crise mundial. **Revista de Estudos Demográficos**. 49 (2011) 69-98.

FOX, P. [et.al.] – Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women in the U.S. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**. 7:1 (2001) 778-792.

FUERTES, Carmen, LASO, Maria – El inmigrante en la consulta de atención primaria. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. 29:1 (2006) 9-25.

GARCÍA-CAMPAYO, Javier, CARRILLO, Concepción – Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. **Medicina Clinic**. 118:5 (2002) 187-91.

GÓIS, Pedro [et.al.] – **Comunidade(s) cabo-verdiana(s): as múltiplas faces da comunidade cabo-verdiana**. Lisboa: ACIDI, 2008. ISBN 978-989-8000-71-2.

GRANT, Bridget [et.al.] – Immigration and lifetime prevalence of DSM IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States. **Archives of General Psychiatry**. 61 (2004) 1226-1233.

GUSHULAK, Brian – Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. **Canadian Medical Association**. 176:10 (2007) 1439-40.

GUSMÃO, Ricardo [et.al.] - O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**. 18 (2005) 129-146.

HIOTT, Ann [et.al.] – Migrant farmworker stress: mental health implications. **The Journal of Rural Health**. 24:1 (2008) 32-39.

HERMANSSON, Ann, TIMPKA, Tomas, THYBERG, Mikael – The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 190:6 (2002) 374-380.

HOVEY, Joseph, MAGAÑA, Cristina – Cognitive, affective and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farmworkers: predictors and generational differences. **Community Mental Health Journal**. 38:3 (2002) 223-237.

INE – **Censos 2011- Resultados provisórios**. [Em linha]. Consultado 14 Mai. 2012. Disponível na WWW:<[URL:http://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2](http://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2)>.

IOM – **World Migration Report 2010**. The future of migration: building capacities for change. [Em linha]. Consultado 1 Nov. 2011. Disponível na WWW:<[URL:http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf)>.

IOM – **International Migration Law nº 12** - Migration and the right to health: a review of European community law and council of Europe instruments (2007).

IOM – **About Migration**. Key Migration Terms [Em linha]. Consultado 26 Jun. 2011. Disponível na WWW:<[URL:http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/key-migration-terms/lang/en#Migrant](http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/key-migration-terms/lang/en#Migrant)>.

KAPLAN, Charles, KORF, Dirk, STERK, Claire. – Temporal and social contexts of heroin using populations: an illustration of the snowball sampling technique. **Journal of Mental and Nervous Diseases**. 175:9 (1987) 566-574.

- KING, Michael [et.al.] – Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. **The British Journal of Psychiatry**. 192 (2008) 362-367.
- LECHNER, Elsa – Imigrações e saúde mental. **Revista Migrações**. Lisboa: ACIDI. 1 (2007) 79-101.
- LINDERT, Jutta [et.al.] – Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**. 69 (2009) 246-257.
- MADDERN, Steve – Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. **Nursing Standard**. 18:18 (2004) 36-39.
- MALHEIROS, Jorge [et.al.] – **Imigração brasileira em Portugal**. Lisboa: ACIDI, 2007. ISBN 978-989-8000-30-9.
- MAROCO, João – **Análise estatística: com utilização do SPSS**. 3ª Ed. Lisboa: Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.
- MARQUES, José [et.al.] – **Imigração ucraniana em Portugal e no sul da Europa: a emergência de uma ou de várias comunidades?** Lisboa: ACIDI, 2010. ISBN 978-989-8000-96-5.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Relatório. Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016** (2007).
- MLADOVSKY, Philipa – A framework for analyzing migrant health policies in Europe. **Health Policy**. 93 (2009) 55-63.
- MURRAY, Christopher, LOPEZ, Alan – **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020** (1996).
- PADILLA, Beatriz, PORTUGAL, Rui – Saúde e migrações: boas práticas na União Europeia. **Revista Migrações**. Lisboa: ACIDI. 1 (2007) 143-153.
- POTOCHNICK, Stephanie, PERREIRA, Krista – Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 198:7 (2010) 470-477.
- PUSSETTI, Chiara – Ethnographies of new clinical encounters: immigrant's emotional struggles and transcultural psychiatry in Portugal. **Etnográfica**. 14:1 (2010a) 115-133.
- PUSSETTI, Chiara – Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde Social**. 19:1 (2010b) 94-113.
- SADLER, Georgia, [et. al.] – Recruiting hard-to-reach United States population subgroups via adaptations of snowball sampling strategy. **Nursing and Health Sciences**. 12:3 (2010) 369-374.
- SANTOS, Maria – Saúde mental no século XXI: novos desafios. **Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos**. 19:2 (2006) 79-86.
- SANTOS, Vanda - **O discurso final do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à atualidade**. Lisboa: Observatório da Imigração, 2004. 972-99316-4-X.

SEF – Portal de estatística. **Evolução** [Em linha]. Consultado 26 Jun. 2011. Disponível na WWW:< URL: <http://sefstat.sef.pt/evolucao.aspx>>.

STILLMAN, Steven, McKENZIE, David, GIBSON, John – Migration and mental health: evidence from a natural experiment. **Journal of Health Economics**. 89(2009) 677-687.

TAKEUCHI, David [et.al.] – Lifetime and twelve-month prevalence rates of major depressive episodes and dysthymia among Chinese Americans in Los Angeles. **American Journal of Psychiatry**. 155:10 (1998) 1407-1414.

UNFPA – **A passage to hope - Women and international migration. State of world population 2006**. [Em linha]. Consultado 03 Jun. 2012b. Disponível na WWW:< URL: http://www.unfpa.org/swp/2006/multimedia_presentation/multimedia.html>.

VAN METER, Karl. – Methodological and design issues: techniques for assessing the representatives of snowball samples. **NIDA Research Monograph**. 98 (1990) 31-43.

VIANA, Vanessa – **Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 2008. Tese de mestrado.

WHO - **Health topics** [Em linha]. Consultado 10 Mar. 2012a. Disponível na WWW:< URL: http://www.who.int/topics/mental_health/en/>.

WHO - **Health topics** [Em linha]. Consultado 10 Mar. 2012b. Disponível na WWW:< URL: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/>.

WHO - **Health topics** [Em linha]. Consultado 14 Mai. 2012c. Disponível na WWW:< URL: http://www.who.int/topics/social_determinants/en/>.

WIT, Matty [et.al.] – Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 43 (2008) 905-912.